

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé Marcel Metzger
(Maternité de l'Hôpital Tenon)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger FOURNIÉ

Né à Alès (Gard), le 3 janvier 1902
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC

DE

L'UTÉRUS DIDELPHE

AU COURS DE

LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. BRINDEAU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1929

111

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé Marcel Metzger
(Maternité de l'Hôpital Tenon)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger FOURNIÉ

Né à Alès (Gard), le 3 janvier 1902

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC

DE

L'UTÉRUS DIDELPHE

AU COURS DE

LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. BRINDEAU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUE & C^e. ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophthalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 N. Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
LE LORIER .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Charge du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.		Stomatologie
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous adressons ici l'expression de notre respectueuse gratitude et de nos sincères remerciements.

QUE MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

Accoucheur des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a donné l'idée première de cette thèse, nous permettez de lui exprimer tous nos remerciements et nos sentiments de profonde gratitude pour la bienveillance et la sympathie qu'il nous a toujours témoignées, pour l'intérêt qu'il a pris à notre travail.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*In Memoriam*).

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE DOCTEUR LAUBRY

Externat

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYK

M. LE DOCTEUR BROUARDEL

M. LE DOCTEUR MILIAN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FOIX (*In Memoriam*).

M. LE DOCTEUR TINEL

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC

DE

L'UTÉRUS DIDELPHE

AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à la Maternité de l'Hôpital Tenon, dans le service de M. le professeur agrégé Metzger, nous avons eu l'occasion de voir deux femmes enceintes, qui présentaient un utérus didelphe (δύς: deux, δελφος: matrice). Dans le premier cas, le diagnostic n'ayant été fait qu'au cours de l'intervention: opération césarienne, le deuxième utérus, ayant été pris pour un fibrome ou un kyste, formant tumeur prævia, notre Maître a bien voulu nous montrer la difficulté et l'intérêt qu'il y avait à faire un diagnostic exact dans ces cas de malformations utérines. Et c'est grâce à ses bienveillants conseils que nous avons choisi cette observation comme sujet de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer ici l'expression de notre respectueuse et bien vive reconnaissance et de notre infinie gratitude.

Nous avons divisé ce travail en six chapitres :

Le premier concerne l'Histoire.

Dans le deuxième nous donnons une vue d'ensemble rapide des malformations utérines.

L'anatomie de l'utérus didelphe forme le troisième chapitre, tandis que le quatrième est réservé à sa physiologie.

Le diagnostic est exposé dans le cinquième chapitre.

Nous relatons ensuite nos observations auxquelles nous en avons joint un certain nombre d'autres, que nous avons pu relever dans la littérature médicale et qui se rapprochent du cas que nous rapportons.

Enfin dans un dernier chapitre nous exposons nos conclusions.

HISTORIQUE

Les malformations utérines, qui ne sont que des anomalies de forme, basées sur des vices de développement des canaux de Muller, semblent avoir été de tous temps connues.

Dès l'antiquité, Hippocrate mentionne les malformations de l'utérus et du vagin ; et Aristote parle de leur nature congénitale ou accidentelle.

A Rome, Julius Obsequens décrit dans son livre *de Prodigiiis* un cas de vulve double chez une femme adulte, et un second cas chez une fille morte en naissant qui avait deux vulves et deux têtes.

Antoine Catti, anatomiste Napolitain, serait, d'après Morgagni, celui qui aurait rapporté la première dissection en 1557 d'un utérus partagé en deux parties.

Gaspard Bauhin raconte qu'en 1599 on disséqua au collège des Lombards, à Paris, une femme dont l'utérus était divisé par une cloison. Son frère Jean trouva chez une jeune fille l'utérus divisé comme chez la chienne.

Riolan, dans son *Anthropologie*, dit avoir fait en juin 1625 l'autopsie d'une jeune fille dont la matrice était double de l'orifice externe au fond de l'utérus.

Thomas Bartholin, 1654, cite le cas d'une femme qui avait deux orifices vaginaux, deux vagins longs et étroits. Elle accoucha par le plus large.

Vassal, 1669, rapporte un cas d'utérus double.

Pierre Borelli, 1670, cite l'observation d'une fille, qui avait deux vulves, l'une au-dessus de l'autre, deux vagins et deux utérus distincts.

Purcell de Dublin, à l'autopsie d'une femme morte au neuvième mois de la grossesse, trouva deux utérus et deux vagins distincts. Un des vagins se terminait en cul-de-sac, sans orifice inférieur.

Dionis (*Histoire anatomique d'une matrice extraordinaire*. Paris, 1693), rapporte un cas d'utérus double. Il s'agissait d'une dame de la cour de Louis XIV, qui avait tous les signes d'une grossesse, sauf la suppression des règles, et qui au sixième mois fit des accidents mortels. L'autopsie montra deux utérus, dont le plus petit, siège de la grossesse, était rompu.

Saviard, en 1702, décrit un monstre, présentant, au milieu de malformations diverses incompatibles avec la vie, deux vagins et deux utérus.

Vallisneri relate un cas de deux utérus totalement séparés, dont l'un était en situation normale, et l'autre s'ouvrait dans le rectum.

Tiedemann (*Journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales*, t. VI, p. 371) parle d'une pièce, du musée anatomique d'Heidelberg, prélevée sur une femme morte en couche. Entre les médecins, qui examinaient cette femme, au moment du

travail s'éleva un dissentiment, l'un prétendait que le travail n'était pas commencé et l'autre que la tête était fortement engagée.

En 1790, Louis rassemble tous les cas publiés avant lui.

En 1814, Antoine Dubois décrit un sujet ayant deux utérus presque horizontaux avec deux vagins très étroits s'ouvrant ainsi que le rectum dans un cloaque imperforé.

Wert, 1824, publie le cas d'une femme morte de péritonite à la suite d'une déchirure de la cloison qui existait entre les deux cavités de la matrice. Entre les deux sage-femmes, qui donnaient leurs soins à cette parturiente, surgit une discussion semblable à celle rapportée par Tiedemann. La femme eut une syncope lors du passage de la tête au détroit supérieur, précédée d'une très vive douleur abdominale.

En 1825, Fraenkel décrit un cas avec deux vagins fortement écartés l'un de l'autre à leur partie supérieure et aboutissant chacun à un utérus très petit, portant une trompe et un ovaire. Le rectum réduit à une ampoule conique venait se placer entre les deux utérus.

En 1826, Cassan présente une thèse importante avec de nombreuses observations.

Geiss (*Gaz. Méd.*, 1828) relate l'observation d'une femme accouchée à terme, chez laquelle il constata des contractions localisées à droite de l'abdomen ; conduit à pratiquer une version il extrait un garçon.

De nouvelles contractions se produisent peu après et restent alors localisées à gauche de l'abdomen, les membranes font saillie par une ouverture à gauche du col par où s'est produit le premier accouchement. Geiss fait une deuxième version, et extrait un deuxième garçon. La délivrance artificielle fut faite dans les deux utérus.

Dance, 1829, donne trois observations, deux avec utérus et vagins doubles, une avec utérus double et vagin simple.

En 1830, Jean Muller fait la première étude d'ensemble, et donne une explication embryologique.

Puis viennent les travaux de Geoffroy Saint Hilaire, Ratke, Serre en 1832; ceux de Busch en 1841, de Meissner en 1842.

Rokitansky, en 1838, donne une division et une classification des anomalies utérines que Krecz utilise dans sa thèse en 1842.

Forster complète cette classification, Cruveilhier en publie également une et Küssmaul leur donne une base embryologique.

En 1863, nouvelle étape importante avec Le Fort, qui dans sa thèse d'agrégation, étudie longuement toutes les variétés d'utérus doubles.

Depuis ce mémoire très important, de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de cette question. Nous ne citerons que les principaux.

En 1872, paraît la communication d'Ollivier à la société de Biologie. Il s'occupe de l'anatomie de ces

malformations et étudie leur rapport avec la grossesse.

Freund, en 1877, étudie pour la première fois la pathogénie des utérus doubles. Depuis, cette étude a été reprise par Pick, Gunsett, Josephson.

En 1885, Secheyron étudie les brides recto-vésicales qui séparent souvent les utérus doubles, et leur attribue une grosse importance pathogénique.

En 1894, Pfannenstiel, à propos d'un cas personnel, publie un mémoire basé sur 18 observations d'utérus didelphes dont 12 avaient été granides.

En 1903, paraît le travail important d'Ombredanne et Martin sur la classification des utérus doubles et sur l'étude particulière des utérus bicornes et pseudo-didelphes.

En 1910, celui de Piquand sur l'anatomie et le développement des utérus doubles.

Dans ces 30 dernières années, enfin, les accoucheurs se sont occupés des rapports de ces malformations avec la grossesse. Il faut citer l'étude de Guérin Valmale (*de l'Evolution de la puerpéralité dans les Utérus didelphes*, in *obst.*, 1904). Tarnier et Budin, Bar-Brindeau et Chambrelent, Ribemont Dessaignes et Lepage, Metzger leur ont consacré des passages dans leur traité.

De nombreuses thèses ont également été écrites sur ce sujet : nous citerons celles de Picot, Bourrus, Pavret de la Rachefordière, Pruvost, Daffix, Bousquet, et dans ces dernières années celles de Laurent

(Montpellier 1913), Bouscarle (Paris 1924), Caplain (Paris 1926), Delas (Bordeaux 1927).

D'autres auteurs se sont préoccupés du traitement chirurgical de ces malformations : Pozzi, J.-L. Faure et Siredey, Dambrin et Bernardbeig, Guilleminet et Michon ; les thèses de Stern (Paris 1910), Dodoz (Bordeaux 1920), Magenc (Toulouse 1922), Herbelin (Paris 1924).

Enfin, on pourra trouver, à la Bibliographie, l'indication de beaucoup d'ouvrages que nous avons lus et que nous n'avons pas cru devoir signaler ici. Ils sont souvent fort importants mais n'offrent pas un intérêt historique particulier.

VUE D'ENSEMBLE SUR LES MALFORMATIONS UTÉRINES

On sait, qu'au point de vue embryologie, l'utérus se forme aux dépens des deux canaux de Muller. Ces deux canaux qui, au début, sont séparés et situés un de chaque côté de la colonne vertébrale vont plus tard se rapprocher l'un de l'autre, pour finir par s'accoler et se souder sur toute leur étendue au niveau de la ligne médiane.

Puis la cloison médiane, qui provient de la fusion de ces deux canaux, se résorbe de bas en haut, substituant ainsi au double conduit primitif, un vagin et une cavité utérine unique. Lorsque cette fusion ne suit pas son cours normal, il en résulte diverses malformations utérines, suivant que ces canaux satrophient, se soudent incomplètement, ou ne se soudent pas.

Ces malformations génitales comportent un grand nombre d'aspects, et d'innombrables dénominations latines ou françaises leur ont été données au cours de nombreuses classifications (LeFort, Piquand, Dubreuil Chambardel, Ombrédanne et Martin, Pamboukis, Dambrin et Bernardbeig), prêtant souvent à confusion, ou compliquant la question. Notre

Maître M. le Professeur agrégé Metzger a donné dans son précis d'obstétrique : *L'Accoucheur Moderne* une classification qui a le grand mérite de la simplicité et de la clarté, aussi nous en tiendrons nous à cette dernière que nous rappelons par les schémas ci-joints.

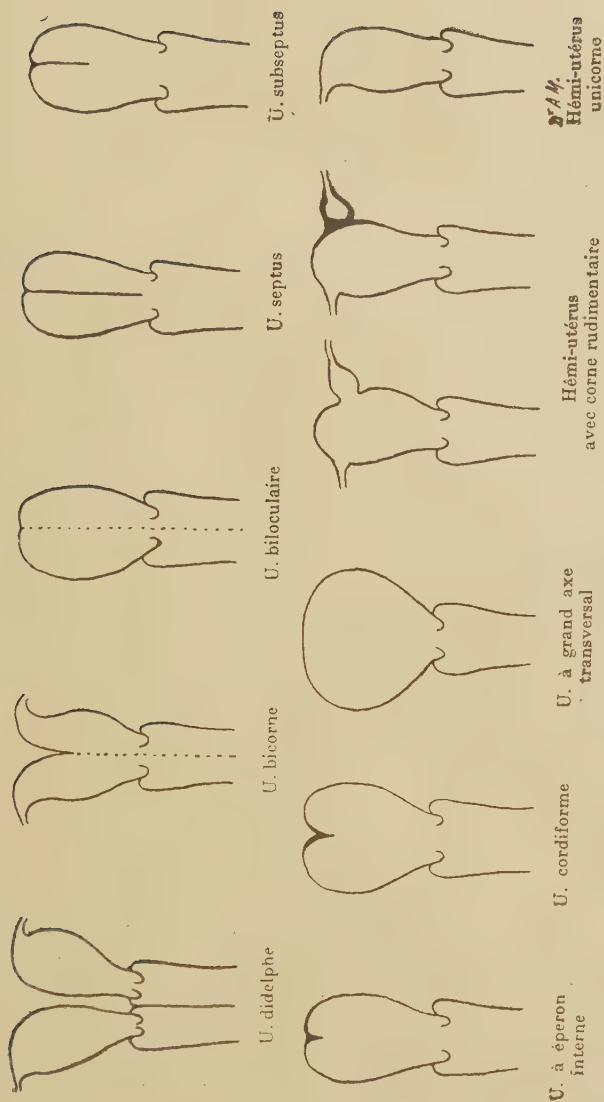
Dans l'**utérus double didelphe** : la femme a deux demi-utérus, deux demi-vagins, deux demi-vulves. Elle peut donc faire une grossesse de chaque côté, c'est rarissime.

L'**utérus bicorne** (duplex, pseudo-didelphe) se comporte comme le précédent, sauf que les deux corps utérins sont solidaires au niveau de leur moitié inférieure. Par suite il n'y a pas de risques de tumeur prævia, mais la bride vésicorectale constante dans cette variété peut provoquer la rupture utérine.

Dans l'**utérus biloculaire** : la forme extérieure de l'utérus est normale ; mais sa cavité, le col, et le vagin sont divisés en deux par une cloison médiane. « L'œuf peut se greffer sur la cloison et la perforer, le fœtus peut s'y accrocher ou passer au travers et accoucher par le vagin de l'utérus non gravide. L'avortement et les hémorragies de la délivrance y sont à craindre » (Metzger).

L'**utérus septus** ne diffère du précédent que par l'absence de la cloison vaginal, et la présence d'un seul col.

Dans l'**utérus subseptus** : la cloison intra-utérine ne persiste qu'au niveau de la moitié supérieure de



Schémas des diverses malformations utérines (in « *L'Accoucheur Moderne* ») (Metzger).

la cavité utérine. Si cette cloison vient encore à diminuer on obtient les **utérus à éperon interne, cordiforme, à grand axe transversal**. Ces 4 dernières variétés « ont pour caractère commun de prédisposer aux présentations transversales, irréductibles ; le fœtus peut se trouver tout entier bloqué au-dessus de l'anneau de contraction : le risque de rupture est grand, l'embryotomie est dangereuse, et on est parfois amené à recourir à la voie haute même si l'enfant est mort et non à terme » (Metzger).

Enfin si « au lieu que les deux parties utérines persistent plus ou moins développées, l'une d'elles s'atrophie il ne reste qu'un demi-utérus ; ou bien le **demi-utérus** est flanqué d'une **corne rudimentaire** : celle-ci peut ou non communiquer avec la cavité principale » (Metzger).

Pour notre part nous ne nous occuperons dans cette étude que des utérus didelphes : Nous en donnerons plus loin une description anatomique.

Les embryologistes ont cherché à expliquer cette anomalie, véritable arrêt de développement.

Pour les uns, le rapprochement des canaux de Muller serait empêché par la présence de la bride recto-vésicale. Pour d'autres, Pfannenstiel, en particulier, ce serait l'existence du corps de Wolf qui empêcherait l'union de ces canaux ; mais en réalité la pathogénie de ces malformations n'est pas encore élucidée.

ANATOMIE

Les dispositions anatomiques sont importantes à connaître pour pouvoir diagnostiquer les malformations génitales.

L'utérus didelphe typique est constitué par deux utérus, deux cols, deux vagins.

Les deux corps utérins, ordinairement de volume inégal, divergent en haut et en dehors. Ils sont rarement symétriques par rapport à la ligne médiane : tantôt l'un est presque vertical et l'autre presque horizontal (Pavret de la Rochefordière), tantôt l'un est fixé en anteversion, et l'autre en rétroversion (Benicke), tantôt enfin un utérus peut s'incliner fortement et s'encaster dans le tissu cellulaire juxta urétéral, d'où le danger de l'hystérectomie dans ces cas (Ombrédanne et Martin).

D'autre part les deux utérus, au lieu de siéger dans le même plan transversal, peuvent se trouver disposés l'un devant l'autre dans le même plan sagittal.

En général ils sont cylindriques, amincis vers le col, arrondis vers le sommet, et se continuent en haut par l'implantation d'une trompe et d'un ovaire. Exceptionnellement il peut y avoir un système annexiel complet pour chaque corps ; la littérature

médicale n'en cite d'ailleurs que deux cas : ce sont ceux de Hunnack-Creasdule, et de Gauthier. Audessous et en avant on trouve un ligament rond souvent court et très fort, auquel on fait jouer un rôle important dans la pathogénie de la malformation.

Les vaisseaux, notamment les artères utérines, restent rigoureusement normaux en nombre et en trajet. Le bord interne des héli-utérus est donc toujours avasculaire.

Le péritoine présente des dispositions particulières. Le rectum est relié aux deux utérus par un repli péritonéal médian, s'infléchissant à droite et à gauche sur chaque corps utérin. De chaque côté de ce repli péritonéal, en arrière de chaque utérus, le péritoine se déprime en deux petits culs-de-sac peu profonds, remplaçant l'unique Douglas normal : il y a deux utérus, il y a aussi deux culs-de-sac de Douglas.

Ce repli péritonéal médian recto-inter-utérin n'est en somme que le vestige d'un ligament recto-vésical que nous avons signalé plus haut et qui expliquerait embryologiquement la formation de l'utérus didelphe. Ce ligament recto-vésical persiste d'ailleurs dans certains cas comme nous le voyons dans plusieurs de nos observations.

Les cols utérins se présentent dans le vagin comme aboutissant à deux museaux de tanche. Ils sont parfois complètement indépendants ; d'autres fois, reliés à leur partie inférieure par une bride transversale décrite par Pfannenstiel comme un

ligament intercervical. Mais le plus souvent ces deux cols sont juxtaposés en canons de fusil. Rarement ils sont égaux, ordinairement quand il y a deux vagins : le col correspondant au plus grand est le plus volumineux.

Le vagin peut être normal et ne présenter aucune trace de cloisonnement. Parfois il est unique, mais avec une ébauche de cloison sous forme de deux raphés saillants l'un antérieur et l'autre postérieur (Pauchet). Le plus souvent il est divisé par une cloison en deux canaux accolés en canons de fusil. D'ordinaire cette cloison s'étend sur toute la hauteur du vagin, en haut elle s'insère entre les deux cols, en bas elle se prolonge jusqu'à l'orifice vulvo-vaginal. Quelquefois au contraire elle est incomplète, c'est alors presque toujours sa partie supérieure qui manque. Dans quelques cas cette cloison a pu présenter un orifice faisant communiquer les deux cavités. La cloison peut être placée juste au milieu du vagin, plus souvent elle est déviée d'un côté ; en sorte que l'un des vagins est plus large que l'autre.

En bas, la cloison s'arrête d'habitude un peu au-dessus de la vulve, de sorte que celle-ci paraît normale à première vue, et c'est seulement en écartant les petites lèvres que l'on aperçoit le bord inférieur de la cloison, qui est presque toujours concave. Plus rarement la cloison descend sur toute la hauteur de la vulve et la divise en deux orifices distincts munis chacun d'un Hymen. Les autres parties de la vulve offrent un aspect normal.

PHYSIOLOGIE

Si au point de vue anatomique l'indépendance des deux héli-utérus est parfaite, par contre au point de vue physiologique il n'en est pas de même, et dans la grande majorité des cas il y a synergie fonctionnelle entre les deux utérus, tant au point de vue menstruation qu'au point de vue gravidité.

En dehors de l'état de grossesse, les femmes, en effet, sont réglées régulièrement tous les mois, et les règles apparaissent et évoluent selon des modalités qui n'ont rien de caractéristique et que l'on observe tout aussi bien chez les femmes à utérus simple. Cependant ces règles sont très souvent précédées ou accompagnées de douleurs, comme nous le voyons dans les observations I, II, X, XII, XIV, XVI, XVII, en outre habituellement elles sont très abondantes (observations I, VII, X, XI, XII, XIII, XIV, XX, XXIII, XXIV), et leur durée peut être prolongée (observations I, X, XII). A côté de ces règles régulières on a pu observer des règles survenant deux fois dans le même mois, ou dans un intervalle plus rapproché que normalement (observation XVIII). Il a été observé également des règles normales alternant régulière-

ment avec des règles beaucoup moins copieuses. D'autres fois enfin on a noté leur irrégularité (observation XIV) et leur apparition tardive.

Pendant la grossesse, la menstruation s'arrête complètement des deux côtés ; et c'est ce qui a été constaté dans toutes les observations que nous rapportons sauf dans l'observation XXIII où les règles ont persisté trois mois. Cependant il y a des exceptions, et l'on a pu voir les règles continuer et cela pendant les 3 ou 4 premiers mois de la gestation ; il est bien rare d'ailleurs que la menstruation continue après le quatrième mois. L'écoulement sanguin qui se produit alors ne rappelle d'ailleurs pas toujours les règles normales : ou bien c'est un sang beaucoup plus clair, ou au contraire un sang noir parsemé de débris rappelant les pertes des grossesses extra utérines.

Le fait a été relaté quelquefois, et même Henderson a pu conseiller de rechercher ces malformations utérines chaque fois que l'écoulement menstruel persistait pendant la grossesse. Dans un cas vraiment tout à fait exceptionnel rapporté par Ferenczi, on a vu persister les règles dans l'utérus gravide, mais il y avait dans ce cas une prédisposition toute particulière, car contrairement à ce que l'on observe d'habitude il existait entre les deux utérus une véritable indépendance physiologique, comme le témoignait avant la fécondation la menstruation alternative, tous les 14 jours, par le vagin gauche, puis par le vagin droit. Cette femme devint enceinte de l'utérus

gauche et les règles de l'utérus droit réapparurent régulièrement toutes les 4 semaines.

De même Souligoux rapporte une observation très typique à cet égard. Amené à examiner une femme de médecin, il conclut à l'existence d'une grossesse. Le mari rejette le diagnostic en arguant de la persistance des règles et aussi de plusieurs examens à l'hysteromètre. L'expectative étant décidée la grossesse évolue jusqu'à un terme normal et l'accouchement eut lieu sans incidents. Il semble bien dans ce cas qu'il se soit agi d'un utérus double, l'un d'eux étant gravis, l'autre ayant permis la persistance des règles et l'examen à l'hystéromètre sans incidents.

Ces exceptions intéressantes étant signalées, il existe une autre preuve de la synergie fonctionnelle des deux utérus ; ce sont les réactions gravidiques de l'utérus non gravis.

En effet, tout comme l'utérus normal gravis, la portion en état de gravidité dans un utérus didelphe va se développer, s'hypertrophier : hypertrophie surtout en hauteur donnant à l'utérus une forme spéciale en fuseau, dont la pointe supérieure offre une déviation très prononcée. Mais fait caractéristique la corne non gravis suit cette évolution, elle, augmente de volume, sa cavité s'agrandit, son col se ramollit, diminue même de longueur. On note une hypertrophie des fibres musculaires avec une augmentation de la vascularisation sanguine et lymphatique, et un épaississement de la muqueuse

utérine qui rappelle tous les caractères de la caduque d'un utérus gravide. L'expulsion de cette caduque a généralement lieu deux à trois jours après l'accouchement. En outre, l'utérus vide, pendant le travail, se contracte et se dilate, ce peut, d'ailleurs, être un moyen de diagnostic.

DIAGNOSTIC

La grossesse est fréquente dans les utérus didelphes. L'utérus gravide y a naturellement les mêmes caractères que dans le cas d'utérus unique ; mais la présence du second utérus est parfois difficile à reconnaître.

DIAGNOSTIC POSITIF

Les signes de cette grossesse sont, en principe, les mêmes que ceux de la grossesse normale, et on a pu dire que « les utérus doubles sains n'ont pas d'histoire clinique, seules des complications surajoutées en révèlent l'existence au clinicien ». En effet, beaucoup de ces grossesses se passent très normalement ainsi que l'accouchement, de sorte que la duplicité du canal génital peut passer inaperçue. C'est ce qui est arrivé dans notre première observation, où la femme a eu trois grossesses et accouchements normaux, et où la malformation utérine ne fut découverte qu'au cours d'une césarienne lors de sa quatrième grossesse ; il en est de même dans les observations XVIII et XIX.

Les phénomènes généraux sont les mêmes que

ceux constatés habituellement, et nous avons vu que, dans la majorité des cas, les règles sont supprimées : il en est ainsi dans toutes les observations que nous rapportons, sauf dans l'observation XIII où après deux mois de grossesse normale la femme a eu quelques métrorragies et dans l'observation XXIII où les règles ont persisté pendant les trois premiers mois de la grossesse.

Cependant certains symptômes fonctionnels, et certains signes physiques peuvent attirer l'attention du médecin ; et très souvent c'est parce qu'on n'y pense pas que l'on ne fait pas le diagnostic d'utérus double. Si on y pensait, on les reconnaîtrait très vraisemblablement plus souvent.

Quels sont donc les éléments qui pourraient nous donner l'éveil et quelle est leur valeur.

Les symptômes fonctionnels n'ont rien de bien caractéristique. Toutefois dans les antécédents personnels, les règles abondantes, prolongées, douloureuses sont assez souvent observées, et leur constatation doit mettre en éveil le médecin, ainsi que les règles qui persisteraient au cours d'une grossesse. De même les avortements multiples et répétés sans cause apparente doivent attirer l'attention ; on sait en effet leur fréquence dans les malformations utérines.

Les antécédents héréditaires ne nous apprennent le plus souvent rien de particulier ; et si deux malades de Rouffart et Delporte, atteintes d'utérus double, affirmaient que leurs mères avaient chacune

deux vagins, ce sont des faits tout à fait exceptionnels.

La constatation sur le même sujet d'autres malformations congénitales est sans grand intérêt, sauf celle d'une duplicité vaginale ; constatation qui alors prend une très grande importance, mais qui fait partie de la malformation.

Lorsque la duplicité vaginale complète ou incomplète est apparente, le diagnostic devient vraiment très simple ; non pas que la duplicité vaginale implique la duplicité utérine, mais la duplicité utérine complète s'accompagne toujours de deux vagins. En outre, dans ce cas, l'attention est attirée sur la possibilité de l'existence d'une malformation de l'utérus : celle-ci est recherchée, et grâce à un examen approfondi, risque moins de passer inaperçue.

Cependant la constatation de la duplicité vaginale est souvent difficile.

Les malformations des organes génitaux externes peuvent être très accentuées sans que le sujet s'en soit jamais douté. Le Fort a, cependant, rapporté dans sa thèse l'histoire d'une prostituée qui savait exploiter sa duplicité vaginale et utilisait alternativement l'un ou l'autre canal, selon qu'elle était dans l'exercice de sa profession ou qu'au contraire elle faisait œuvre de sentimentalité. De même dans l'observation XV nous voyons le cas d'une femme qui, peu de temps après son mariage, vient consulter son médecin pour être « renseignée sur certaine parti-

cularité gênante de ses voies génitales ». Mais ce sont des cas très rares et le médecin même méconnaît très souvent une malformation caractérisée s'il ne s'astreint pas à un examen très attentif ; et c'est par le toucher qu'il pourra en obtenir la confirmation. Le toucher, dans ces cas, sera toujours fait avec deux doigts ; car s'il n'est fait qu'avec un seul, celui-ci passe presque toujours à côté de la cloison vaginale et l'ignore. Avec deux doigts, au contraire, cette cloison sera prise assez souvent entre ces deux doigts observateurs et chacun d'eux pourra parfois alors arriver sur un col distinct.

Okinczyc et Huet ont rapporté le cas d'une malade, qui avait subi plusieurs examens gynécologiques pour des infections des voies génitales avant que la duplicité vaginale ait été notée.

Il est également inutile de s'appesantir sur les quelques erreurs grossières, qu'il faut éviter dans les cas où la malformation vaginale a été remarquée, et il suffit de citer les brides d'hymen, ou des reliquats de traumatismes anciens, obstétricaux ou autres. L'étiologie de ces lésions, ou bien leur examen les font reconnaître aisément.

Mais la cloison vaginale a pu être emportée au cours d'un accouchement antérieur ; d'autre part l'un des vagins a pu rester atrésié, ou bien son orifice et sa cavité sont effacés par le refoulement de la cloison commune.

Dans d'autres cas le vagin est unique, parfois alors, l'examen peut montrer sur les parois vagi-

nales antérieure et postérieure, un raphé médian, ébauché de cloisonnement vaginal, raphé que nous voyons signalé dans une observation de Pauchet.

En ce qui concerne la malformation cervicale, il ne faut pas s'attendre non plus à ce qu'elle revête toujours une disposition évidente. A côté des cas rares où les deux cols de volume inégal sont nettement séparés, répondant chacun à un vagin, il y a des cas de cols jumelés au fond d'un vagin unique et même des cas de col avec un seul museau de tanche, mais avec deux orifices dont l'un se trouve latéralisé et dissimulé dans un cul-de-sac. Il y a même des cas où l'existence d'un second col passe tout à fait inaperçue c'est lorsqu'il est masqué par une imperforation, par une bride vaginale, ou qu'il est très petit.

D'autre part, il importe de savoir que la duplicité des orifices cervicaux peut exister sans celle des corps utérins; c'est un fait évidemment très rare, mais qui a été rapporté en Italie par Condorelli Francaviglia, en Allemagne par Marchand, et en France par Piquand et Bitte (Soc. anat. de Paris, 1910).

Les faits qui précèdent nous ont fait soupçonner la malformation utérine, les procédés d'exploration, dont nous allons maintenant parler, vont compléter et confirmer ce diagnostic au cours de la grossesse.

L'inspection et la palpation montrent une constatation qui n'avait pas échappé à certaines matrones et à certains médecins, c'est le développement

latéral du ventre et la déviation latérale de la corne utérine gravide, les deux utérus s'élevant ensemble. L'hypertrophie de l'utérus va surtout porter en hauteur, donnant à l'utérus une forme spéciale en fuseau, dont la pointe est excessivement latéro-déviée ; déviation souvent considérable qui n'est pas en rapport avec la masse juxta-utérine, et qui ne donne pas l'impression d'une déviation imposée par cette tumeur. Cette disposition semble tenir d'abord à la situation primitive latérale de cet hémio-utérus et ensuite à l'attraction de son unique ligament rond du côté de son insertion. De plus cette attraction provoque un mouvement de rotation de l'utérus de sorte que son bord externe tend à devenir antérieur.

Cet hémio-utérus gravide présente une forme tubaire, cylindrique et non piriforme comme d'habitude.

Le toucher montrera que le col correspondant à l'utérus gravide est ramolli ; l'autre col est également un peu ramolli.

Par le palper combiné au toucher on pourra sentir la corne utérine non gravide constituant une tumeur accolée à l'utérus gravide. Elle sera perceptible dans le petit bassin comme un globe dur, résistant, arrondi, rappelant la forme d'un utérus ; parfois cette masse disparaît au cours de l'examen pendant la position élevée du bassin en sortant du Douglas, pour y revenir dans la position horizontale (observation I). Il sera utile de le mobiliser et de se rendre

compte de la transmission de ses mouvements au col. Le plus souvent ce second utérus semble complètement indépendant de l'utérus gravide. On sait en effet que ce qui caractérise les tumeurs utérines, c'est que leur mobilisation et celle du col sont solidaires. Eh bien dans les utérus didelphes on aura souvent la surprise de constater une exception à cette règle.

Dans certains cas, fréquents même, l'utérus vide tombant en bas dans le Douglas où l'on trouve une tumeur : « Sa forme et sa consistance peuvent faire faire le diagnostic si on y pense et inciter à rechercher le second vagin et le second col qui avaient pu passer inaperçus » (Metzger). C'est ce qui est arrivé dans l'observation II au M. le Professeur Metzger ayant porté le diagnostic d'utérus double, il s'agissait de trouver le deuxième vagin, après un examen attentif celui-ci fut trouvé il était « vierge ».

Cette exploration, facile dans les premiers mois de la grossesse, devient ensuite de plus en plus difficile, bien que la présentation dans la majorité des cas reste élevée. Cependant à la fin de la grossesse, lorsque l'utérus gravide est rétroversé et enclavé dans le petit bassin on le sent très bien, donnant l'impression d'une tumeur prævia.

Dans ces utérus didelphes, toutes les observations nous montrent qu'il s'agit toujours d'une présentation longitudinale ; étant donné l'étroitesse et la forme cylindrique des héli-utérus cette présentation, tête ou siège, est presque obligatoire. D'ail-

leurs les sièges y sont beaucoup plus fréquents que normalement; observations I, III, IV, V, VI, VIII, XII, XIV, XV; et souvent on observe la présentation du siège décomplété irréductible.

La grossesse, qui peut évoluer jusqu'à terme, comme nous le voyons dans les deux observations que nous rapportons, se termine généralement vers le 7^e ou 8^e mois. Les avortements et les accouchements prématurés sont donc très fréquents. Cela est dû à ce que l'utérus didelphe est souvent un utérus mal développé, hypoplasie, dont la fibre musculaire n'est pas aussi souple que normalement et ne se laisse pas toujours suffisamment distendre par le développement de l'œuf.

En résumé, on sera mis sur la voie du diagnostic par : les douleurs survenant sous forme de crises menstruelles, l'existence d'une malformation vulvo-vaginale (vagin double, cloison vaginale incomplète, ou bride, simple raphé médian antérieur et postérieur); et on précisera ce diagnostic par le toucher combiné au palper abdominal. Il semblerait donc que le diagnostic dut être de ceux que l'on fait très souvent. En réalité il n'en est rien et la duplicité utérine n'est souvent reconnue qu'au cours de l'opération.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les malformations utérines sont, en effet, une source d'erreurs continuelles soit que l'examen n'ait pas été suffisamment approfondi, soit que l'aspect clinique ait présenté de tels signes, que l'erreur soit difficilement évitable.

Cependant assez souvent, comme nous le voyons dans les observations II, III, XI, XIV, XV, XXI, XXII, XXIII, soit qu'on y ait pensé, soit que les malformations vaginales aient été très marquées le diagnostic a pu être assez facilement fait au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

Mais souvent l'examen révélant seulement l'existence d'une masse à côté d'un utérus reconnu gravidé, on pensera de suite à un fibrome, à un kyste de l'ovaire, ou à une grossesse extra-utérine; ce sont là, en effet, les erreurs très souvent commises et que n'évitent même pas ceux qui se sont trompés déjà antérieurement.

Au cours d'une laparotomie la malformation utérine peut même passer inaperçue, et c'est ce qui est arrivé dans l'observation I où la femme a eu en 1926 une césarienne faite par M. le Professeur Metzger

qui trouve un utérus didelphe. L'année suivante, à la suite de troubles urinaires la malade entre dans un service de chirurgie à l'hôpital Tenon, et après huit jours d'observation le chirurgien au cours d'une laparotomie lui fait un désenclavement de l'utérus gravide enclavé dans le Douglas, et ne remarque pas la malformation utérine.

Lorsque la duplicité du canal génital est reconnue, le diagnostic de grossesse dans l'utérus double est facile, et même dans l'observation XI le diagnostic exact a été fait par la sage-femme à l'entrée de la malade. Il est cependant des cas, comme nous le voyons dans l'observation VIII, où, bien que la présence d'un double vagin et l'existence de deux cols ayant été reconnus, la femme se plaignant de quelques douleurs du côté de sa tumeur utérine, on ait été conduit à faire une laparotomie exploratrice.⁷

Chez des multipares, de même, la duplicité des organes génitaux peut être méconnue, et c'est surtout dans ces cas que le développement d'une tumeur dans une moitié du bassin peut égarer le clinicien : (observation I, XVIII et XIX).

Nous allons examiner, d'abord, les difficultés du diagnostic avant le quatrième mois.

Les signes de la grossesse normale pendant les quatre premiers mois sont des signes dits de « présomption » ; c'est dire si ceux de la grossesse dans un utérus double seront d'un diagnostic difficile.

Le plus souvent on se trouvera en présence d'une tumeur qui se développe dans le petit bassin à côté

d'un corps utérin que l'on croit unique et que l'on considère comme normal. Dans ce cas la première pensée du médecin est qu'il s'agit d'une affection annexielle et parmi celles-ci c'est au kyste de l'ovaire ou à la grossesse extra utérine qu'il songe. En effet, ces affections peuvent donner au palper, au toucher, et au palper combiné au toucher, à peu près les mêmes sensations que celles données par un utérus didelphe gravide.

Le kyste de l'ovaire en particulier par sa forme, sa consistance, sa situation, et son indépendance de l'utérus risque fort d'être confondu avec cette grossesse d'allure anormale (observation X).

Mais c'est surtout avec la grossesse extra utérine que le diagnostic est délicat (observations X, XIII, XVI, XVII, XVIII, XIX), d'autant plus difficile qu'il y a grossesse dans les deux cas : mêmes phénomènes généraux, et une réaction gravidique de l'utérus inhabité. Les douleurs accompagnant quelquefois la grossesse d'un héli-utérus peuvent être confondues avec celles de la grossesse ectopique. Il est évident que si l'on constatait des contractions au niveau de la tumeur gravide, on ferait facilement le diagnostic de grossesse intra-utérine ; mais le plus souvent on ne pense pas à rechercher ce signe. D'ailleurs l'expulsion de caduque, qui dans l'utérus double peut se produire bien avant l'accouchement, égare encore plus le diagnostic.

Cependant quelques signes ont été donnés pour essayer d'établir un diagnostic juste. Dans l'utérus

didelphe la mobilité de l'utérus vide est toujours plus grande que dans l'extra utérine.

En outre dans la grossesse extra utérine l'utérus vide est généralement en avant au-dessus du pubis ; au contraire dans l'utérus didelphe le plus souvent la corne vide est en arrière dans le cul-de-sac de Douglas.

Halban a également donné comme signe la perception de la bride vésico rectale. Lorsque la grossesse évolue, ce ligament falciforme, qui s'étend en éventail sur le fond de l'utérus, est attiré en haut par le développement de l'utérus. Dans ce mouvement la bride recto vésicale qui ne possède pas de fibres élastiques, se tend peu à peu et devient facilement perceptible à travers la paroi abdominale, lorsque sa tension est suffisamment forte. Mais la perception de cette bride recto vésicale n'est pas toujours aisée et facile et de fréquentes erreurs peuvent être commises.

Parfois, enfin, la corne non gravide peut être prise pour un fibrome pédiculé (observation IV), diagnostic qui peut être très difficile, si on ne constate pas la duplicité vaginale.

A partir du 5^e mois, l'auscultation montrant l'existence des battements du cœur fœtal, il y a certitude de grossesse. Mais lorsque l'autre utérus est prolabé, et inclus dans le petit bassin, on perçoit au toucher une tumeur prævia mollassée, relativement indépendante que l'on prend habituellement pour un fibrome (observations VII, XX) ou un kyste

(observation I, II, VI). Reconnaître la tumeur est assez simple, déclarer qu'il s'agit d'un héli-utérus inhabité est beaucoup plus difficile, surtout si l'on n'a pas constaté la présence de deux cols. Il faut toujours rechercher la présence de deux vagins, car il n'y a pas d'utérus didelphe avec un seul vagin, sauf dans le cas de déchirure de la cloison, mais même alors on peut observer des débris de cloison sur les parois antérieures et postérieures.

On peut croire encore à une grossesse ectopique, le cas nous en est fourni par l'observation XVIII où la malformation utérine ne fut reconnue qu'au cours d'une laparotomie ; mais c'est tout de même un diagnostic d'exception, car il est bien rare de voir une grossesse extra utérine évoluer jusqu'à ce terme sans provoquer d'accidents sérieux.

De toute façon la constatation d'un vagin cloisonné doit éveiller l'attention et faire rechercher la présence d'un second col. En un mot « la clef du diagnostic est dans la découverte de la division de l'appareil génital » (Caplain) ; mais même dans ce cas la laparotomie exploratrice peut être nécessaire pour confirmer le diagnostic comme nous le voyons dans l'observation VIII.

On pourra sentir également au niveau de cet utérus inhabité des contractions isochrones à celles de l'utérus grévde. C'est un élément important de diagnostic pour le cas, par exemple, où l'on aurait méconnu la bifidité utérine. De ce fait, seront éliminés les fibromes et surtout les tumeurs ovariennes.

Au cours de l'accouchement : le diagnostic sera également facile si la duplicité vaginale a été reconnue ; dans le cas contraire il ne sera généralement pas fait.

Le plus souvent, en effet, on ne pense pas à la possibilité d'une duplicité utérine et c'est au cours de l'intervention, opération césarienne faite pour tumeur prævia qu'on la reconnaît (observations I, VI, VII).

Parfois, comme nous le voyons dans l'observation XX, la duplicité vaginale existe, mais le médecin et la sage-femme, ayant fait chacun un toucher par un conduit vaginal différent, obtiennent des résultats qui ne coïncident pas. Alors que l'un trouve une dilatation complète et prétend avoir senti les cheveux, l'autre ne trouve qu'un col petit et fermé. Et ce n'est qu'à la suite de plusieurs examens qu'ils découvrent la duplicité vaginale et utérine. D'ailleurs dans l'Historique nous voyons le même cas rapporté par Tiedemann et par Wert.

Dans les suites de couches, enfin, l'élimination d'une membrane présentant tous les caractères d'une caduque pourra faire faire le diagnostic d'utérus double, alors que la grossesse et l'accouchement ont été tout à fait normaux et que la duplicité génitale a passé inaperçue.

Dans d'autres cas, la rétention de la caduque dans la corne non gravide peut déterminer une infection localisée, parfois même généralisée. Cette infection locale, qu'il faut parfois même chercher,

a permis dans certains cas (observation XXIV) de poser le diagnostic de duplicité utérine.

De cet exposé il faut garder l'impression que le diagnostic d'utérus doit être facilement fait. En réalité, ce diagnostic facile dans certains cas (en particulier en présence d'une duplicité vaginale très marquée et apparente, ou en présence d'une tumeur *prævia* présentant les caractères d'un utérus), peut par contre être très difficile à faire, soit que l'on ne pense pas à la possibilité de malformations utérines, soit que les signes observés en imposent pour une tumeur annexielle ; et dans ces cas l'utérus didelphe est le plus souvent une découverte opératoire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Recueillie dans le service
de M. le Professeur agrégé Metzger.)

*Utérus didelphe. Trois accouchements normaux ; puis
opération césarienne de chaque utérus à 2 ans d'inter-
valle. Diagnostic fait au cours de l'intervention.*

Mme G... 42 ans, ménagère, a été réglée à 12 ans, arrêt
pendant un an ; depuis les règles sont régulières, abondan-
tes, durent huit jours, et sont douloureuses les premiers
jours.

Antécédents Héritaires. — On ne note rien de spécial.

En 1910 première grossesse. Celle-ci fut normale, et l'ac-
couchement eut lieu à terme à la clinique Tarnier. Ce fut un
siège et la femme dut être endormie. Enfant mort à 8 mois
de méningite.

En 1912, deuxième grossesse, également normale. Accou-
chement normal à terme à la clinique Tarnier. Délivrance
normale. Enfant mort à un an.

En 1914, troisième grossesse, normale. Accouchement à
la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, pénible, enfant mort
né, tête dernière très difficile à avoir. Délivrance artificielle
2 heures après l'accouchement pour inertie utérine.

4^e grossesse en 1926. Les dernières règles eurent lieu du 18 au 22 février. Le 6 octobre la femme vient se faire examiner à la Maternité de l'Hôpital Tenon : l'externe qui l'examine ne note rien de spécial. Nouvel examen le 12 novembre par l'interne qui signale seulement : une tête mobile, un dos à gauche, des bruits du cœur bons.

Le 22 décembre elle est admise dans le service. A ce moment elle est à terme ; à l'examen la tête est mobile, très élevée, le dos à gauche, le col est long perméable.

Dans la nuit du 23 au 24 décembre elle ressent les premières douleurs. A 11 heures du matin, Monsieur le professeur Metzger qui l'examine trouve : une présentation très élevée, un col reporté en avant, et dans le cul-de-sac postérieur il sent une tumeur dure, bloquée. Il décide de faire une césarienne.

A 11 heures 30, intervention sous anesthésie chloroformique. A l'ouverture du ventre il s'écoule du liquide en assez grande abondance. Extériorisation facile de l'utérus ; on tombe sur les annexes gauches, il n'y a pas d'annexes droites. Il s'agit d'un utérus unicorne. Incision de la face antérieure et du fond : extraction du fœtus très imbibé de méconium, mais qui est en bon état, et qui respire dès qu'on l'a débarrassé de ses mucosités.

Délivrance. Fermeture de l'utérus en deux plans : soie et catgut. Le catgut coupe plusieurs fois, utérus friable.

On va à la recherche de la tumeur, on n'en trouve trace nulle part, quoique l'on pense que cette tumeur sentie est sans doute un deuxième utérus.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Après l'opération, on examine à nouveau la femme. Par

le toucher vaginal on retrouve à nouveau la tumeur et elle disparaît de nouveau dans l'examen en position inclinée. En examinant de plus près le col : on s'aperçoit qu'il n'y a qu'un orifice externe, mais il est cloisonné, comporte deux canaux, un perméable qui va vers la gauche, un plus petit qui va vers la droite. Il s'agit manifestement d'un utérus double.

Le 1^{er} janvier : ablation des agraphes.

Le 11 janvier : nouvel examen de la femme en position gynécologique ; par le toucher on reconnaît facilement l'utérus gauche volumineux, subinvolué. En arrière et à gauche dans le Douglas, une petite masse de la grosseur d'une orange correspond au second utérus. En introduisant un Hystéromètre on file facilement dans la grande cavité utérine située du côté gauche. On pénètre avec peine dans la cavité droite qui file en arrière et qui a une profondeur de neuf centimètres.

Vers le 10 février 1927 : retour des règles, qui depuis durent chaque fois 3 à 4 jours seulement. L'enfant est en bonne santé.

Le 20 janvier 1928 : nouvel arrêt des règles.

En avril 1928 : la femme a des douleurs dans le bas ventre et urine très difficilement. Les jours suivants la gêne augmente, en outre dans la nuit du 10 avril elle a une perte de sang. Le lendemain la femme va consulter dans un service de chirurgie à l'Hôpital Tenon, où elle est gardée. Pendant huit jours on la sonde : la première fois on retire deux litres d'urine. Au bout de huit jours, pensant à un kyste ou à une tumeur pelvienne, le chirurgien décide d'intervenir. Opération sous anesthésie chloroformique au cours de laquelle

le docteur Gernez fait simplement « un desenclavement de l'utérus gravide enclavé dans le Douglas ».

Les jours suivants la femme urine normalement, ne souffre plus, et elle sort de l'Hôpital le 30 avril.

Le 20 juillet, elle revient consulter à la Maternité de Tenon. M. le professeur Metzger qui l'examine, constate un utérus cylindrique, une tête en haut, un col perméable séparé nettement en deux parties, petit orifice à droite.

Le 12 octobre : on note un utérus cylindrique, très étroit. Le toucher permet de sentir le promontoire, et dans le cul-de-sac droit et postérieur, une tumeur mollassse, mais tendue formant tumeur prævia. Connaissant les antécédents de la malade et ayant fait le diagnostic de la tumeur, M. le professeur Metzger décide la malade à entrer à l'hôpital pour être opérée.

Le 15 octobre : intervention: Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sus et para-ombilicale en excisant la cicatrice. A l'ouverture de l'abdomen on ne rencontre pas d'adhérences. On vérifie comment l'utérus gravide se présente ; on l'extériorise facilement, c'est un utérus unicomme. En écartant la paroi sur le côté gauche, on reconnaît redressé verticalement l'utérus vide, qui porte la trace de la césarienne antérieure. Incision de l'utérus gravide sur son bord gauche. Extraction en bloc de l'œuf dont le placenta s'insère en avant.

On place des pinces à mors sur la brèche utérine, et l'on pratique l'Hystérectomie d'abord de l'utérus droit, ensuite de l'utérus gauche.

Du côté droit il n'y a pas d'incident. Du côté gauche on est obligé de placer plusieurs points sur la partie antérieure du



OBSERVATION I

Sur l'utérus droit (debout) on voit à la partie supéro-interne l'incision de la césarienne, et à la partie externe la section du ligament rond et les annexes. Sur l'utérus gauche (couché) césarisé il y a deux ans, on aperçoit à la partie antéro-supéro-externe à cinq millimètres en avant des annexes la cicatrice de l'intervention antérieure qui remonte jusque sur le fond de l'utérus.

col qui est dénudée de péritoine et qui suinte. On péritonise facilement et complètement. Au cours de la péritonisation on repère et on resèque la bride qui va du rectum à la vessie. Au moment de refermer on remarque que l'épiploon est un peu adhérent en haut au péritoine pariétal. On le libère et on ligature sans reséquer.

Fermeture de la paroi en trois plans.

L'enfant du sexe masculin respire dès qu'on ouvre l'œuf, il a un très bon aspect. On attend près de 20 minutes pour qu'il se réveille et crie. Il pèse 2.800 grammes.

Quinze jours plus tard la femme quitte le service en bonne santé.

OBSERVATION II (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Pr agrégé Metzger).

Utérus didelphe. Césarienne : l'utérus non gravide formant tumeur prævia. Diagnostic fait avant l'intervention.

Mme C..., 27 ans, primigeste, entre à la Maternité de l'Hôpital Tenon le 14 décembre 1926.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial.

La femme a été réglée à 13 ans et demi ; les règles étaient régulières, duraient cinq jours environ, mais étaient très douloureuses.

Dernières règles du 11 au 15 mars 1926. Depuis, aucune perte. Aucun trouble pendant cette grossesse, et c'est par hasard au début de novembre au cours d'un toucher vaginal (à la clinique Cognacq rue de la Convention, où la femme était allée se faire examiner) qu'on trouve une tumeur qu'on prit pour un kyste de l'ovaire.

Le 1^{er} décembre elle vient consulter à la Maternité de Tenon où elle est examinée par M. le professeur Metzger qui, ayant porté le diagnostic d'utérus double, recherche alors s'il n'existait pas un deuxième vagin, et il en découvre un deuxième qui était « vierge ».

Le 14 décembre la femme entre dans le service ; à ce moment on note une tête en bas, mobile, dos à gauche, bruits du cœur bons ; au toucher vaginal, la présentation apparaît élevée, la masse prævia est plus boquée.

Le 30 décembre la femme a les premières douleurs. L'utérus gauche est alors nettement prævia et tend à descendre en avant de la présentation qui ne s'engage pas. On se décide à intervenir par voie haute, en partie à la demande de la femme.

Anesthésie au chloroforme. Incision classique pour césarienne haute. Extériorisation facile de l'utérus qui est comme prévu : un demi-utérus droit avec ses annexes. Incision : le placenta est inséré en avant sur une très large surface : on décolle presque tout l'œuf avant de l'ouvrir. Extraction d'un enfant qui respire mais ne crie pas, il est endormi ; c'est un garçon pesant 3.020 grammes. Délivrance. Suture en 2 plans : le profond à la soie, le superficiel au catgut.

On va à la recherche du second utérus qui est indépendant et couché dans le Douglas. La conduite à tenir est délicate : on avait d'abord songé à supprimer l'utérus gravide ou l'utérus vide. Finalement étant donné que la gêne due à ce deuxième utérus est due surtout à sa situation prævia, on solidarise les deux utérus par quelques points au catgut puis on saisit les ligaments ronds de droite et de gauche pour faire une ligamentopexie.

Suture des parois en deux plans. On ramène les ligaments ronds en avant de l'aponévrose en les suturant entre eux. Crins et agrafes sur la peau.

Au point de vue anatomique : disposition classique : deux utérus séparés, et entre les deux un repli péritonéal allant à la vessie et au rectum.

Le 6 janvier ablation des agrafes ; le 12 ablation des crins.

L'enfant meurt trois semaines plus tard (méningite ?)

Quelques semaines après les règles reviennent très douloureuses.

Le 3 août 1927 : apparition d'un abcès au niveau de la cicatrice opératoire. L'abcès est incisé dans un service de chirurgie où la femme reste trois jours.

Au début de septembre, au moment des règles, nouvelle suppuration au niveau de l'abcès, puis tout s'arrange en 8 jours.

Fin septembre, toujours au moment des règles, il sort du sang mêlé à du pus par une fistule qui s'est créée au niveau de l'abcès. Depuis la suppuration continue et au moment des règles du sang sort par la fistule. Aucuns troubles de la miction, jamais issue de matières fécales par la fistule.

Le 16 décembre M. le Professeur Metzger fait une nouvelle intervention : Hystérectomie subtotale avec castration bilatérale.

Quinze jours plus tard la malade sort du service allant très bien.

OBSERVATION III (Résumée)

(Fournier, in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1928, p. 768).

Utérus didelphe ; dystocie prævia par la corne non gravide ; césarienne conservatrice. Diagnostic fait avant l'intervention.

Mme X. . . , enceinte de 8 mois, nous est adressée par son médecin traitant, avec le diagnostic d'utérus didelphe, de rétrécissement des parties molles et de présentation dystocique.

Examen : utérus très allongé, dont les parois gantent d'une manière très étroite le fœtus. Palper très difficile.

Toucher : vagin double, plus étroit à gauche. Col droit, mou, irrégulier (la femme a fait une fausse-couche de quelques mois il y a 2 ans).

Le col gauche est plus dur que le droit et paraît se continuer en avant avec une tumeur dure ayant le volume d'une belle orange. Tumeur perceptible, par le toucher et le palper combinés, au-dessous de la branche ischiopubienne gauche et bloquant en partie le côté gauche et antérieur de l'excavation. Sans aucun doute, il s'agit du second utérus que nous percevons à ce niveau. Nous essayons de le mobiliser et de débloquer l'excavation, mais ne pouvons pas arriver à la déloger complètement, ni à préciser d'une manière très nette ses limites et ses rapports postérieurs.

Nouvel examen le 14 novembre. Cette fois nous portons le diagnostic du siège en S. I. G. T. ; nous constatons en outre que le siège est très incliné et déborde en avant et à

gauche l'axe antérieur du bassin, dans la région où nous avons senti le corps du second utérus lors du précédent examen. Nous constatons en outre que l'excavation est presque complètement bloquée du côté gauche et en arrière.

Accouchement : Debut du travail dans la matinée du 19 novembre.

A midi : effacement complet du col droit, pas de modifications du col gauche ; siège très incliné. Impossibilité de refouler et de remonter le 2^e utérus. A 19 heures signes de souffrance fœtale.

Opération : Extériorisation de l'utérus gravide. On essaye d'atteindre l'utérus vide, mais on ne peut y parvenir.

Incision utérine : extraction d'un enfant en présentation du siège.

L'opération terminée et avant de réintégrer l'utérus que nous venons de suturer, nous plongeons la main dans l'excavation pelvienne et redressons facilement cette fois l'utérus vide qui se trouvait bloqué dans l'excavation.

Quelques jours après l'intervention, extraction à la pince d'une caduque provenant de l'utérus non gravide, caduque dont la rétention provoquait des douleurs et des poussées de température.

15 jours plus tard la mère et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION IV

(Balard, in Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1927, p. 57).

Utérus didelphe. — Au cours d'un 1^{er} accouchement, corne non gravide prise pour un fibrome. — Diagnostic exact fait avant une 2^e grossesse. Césarienne.

Mme M..., 40 ans, vient nous consulter en septembre 1924. Elle a déjà eu une grossesse et un accouchement, suivis de près par un accoucheur de carrière, fort distingué, qui nous a fourni les renseignements suivants.

Première grossesse : dernières règles 27 juillet 1921. Examen le 8 décembre 1921 : l'utérus remonte à l'ombilic, et on constate sur le segment inférieur une induration immobile comme cartilagineuse, de la grosseur du poing, dont la partie supérieure est inaccessible.

12 janvier : la tumeur est fixée au devant du col, celui-ci dévié à droite, quoique l'utérus soit incliné à droite. La tumeur paraît avoir grossi et s'être assouplie. On diagnostique un fibrome.

27 mars : présentation de la tête au-dessus de la tumeur. Au toucher, tumeur élastique, empêchant de découvrir la tête ni aucune partie fœtale.

18 avril : présentation du siège.

22 avril : rupture prématurée des membranes.

23 avril : dilatation complète. A 7 heures : bruits du cœur modifiés ; à 8 heures plus de bruits du cœur. Pour des raisons matérielles l'extraction est retardée jusqu'à 11 heures. Extraction facile d'un enfant de 2 kgr. 620 qui se présentait en siège décomplété, mode des fesses. Suites normales.

Revue par son accoucheur, le 5 juillet 1923 ; masse tumorale se confondant avec l'utérus, de grosseur du poing, inclinée à droite ; col de l'utérus tourné à gauche. Le segment inférieur est dirigé à droite. Introduction de l'hysteromètre impossible. « Probabilité de dystocie, si accouchement, et césarienne pour enfant vivant. »

Examen personnel (septembre 1924). Mme M... vient nous consulter en racontant son accouchement et parée qu'elle a un retard de règles de quelques semaines, succédant à un autre retard de dix mois survenu en juin et terminé par un écoulement sanguin abondant qui en aurait imposé pour un avortement.

L'examen pratiqué avec 2 doigts permet immédiatement de faire le diagnostic de vagin double. L'utérus droit semble plus volumineux que le gauche. Le diagnostic de gestation est douteux. C'est le second utérus qui a été évidemment pris pour un fibrome.

Les règles reparaissent normales et Mme M... revient consulter en décembre 1925, enceinte de 4 mois.

Deuxième grossesse : dernières règles du 10 au 15 août 1925. La gestation évolue dans l'utérus droit et l'évolution en est normale.

Le 10 avril on fait le diagnostic de présentation du siège décomplété non engagé, mais irréductible. Discussion de la conduite à tenir. L'accouchement par les voies naturelles est possible, les événements l'ont prouvé lors de la précédente grossesse, mais si l'enfant est passé aisément, il est mort pendant le travail. C'est pourquoi l'âge de la malade et son désir d'avoir un enfant vivant nous autorisent à proposer une césarienne, qui est acceptée, et pratiquée le 12 mai 1926.

Sous anesthésie générale : césarienne classique, conservatrice sur le désir même de la malade.

Les suites furent d'abord normales. Vers le quinzième jour, poussée fébrile correspondant à un peu d'endométrite, puis tout s'arrange.

OBSERVATION V

(Jung, in *Bull. Soc. obst. et gyn. Strasbourg*, 1927).

Utérus didelphe avec grossesse alternativement à droite et à gauche. — Pendant l'accouchement impossibilité de sentir le 2^e utérus.

Au mois de juillet 1926, une femme, de 19 ans, se fait admettre à la maternité pour accoucher, à 15 jours du terme.

Dans ses antécédents, il n'y a rien de particulier.

Au toucher vaginal nous sommes frappés par la situation de l'orifice utérin se trouvant étiré vers la droite et vers le haut. La dilatation est de 5 francs et le siège mobile au-dessus du bassin. A un examen plus approfondi nous trouvons un septum vaginal assez dur et refoulé légèrement vers la gauche. A gauche du septum on constate un col aplati et un peu dilaté. Comme cette cloison est assez dure, et qu'il s'agit, en même temps, d'un bassin légèrement rétréci, nous pensons à la possibilité d'une section césarienne. Mais cette opération peut être évitée car après 2 heures de bonnes douleurs la dilatation est complète et le siège bien fixé dans le détroit supérieur. Le septum à ce moment se trouve complètement refoulé vers la gauche. L'accouchement se termine par une extraction assez difficile d'un enfant, qui, né en asphyxie blanche, ne peut être ranimé,

A la sortie du service l'examen interne nous montre un septum vaginal se trouvant nettement au milieu. A sa droite, à un col long de 2 centimètres fait suite un corps utérin remontant à 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse. A gauche, un col avec un utérus plus petit est complètement fermé.

Il y a peu de temps, la même femme revient dans le service pour accouchement prématuré à 7 mois. Cette fois-ci c'est le côté gauche qui est gravide. Nous trouvons à gauche du septum un col effacé et dilaté pour 5 francs. Il est comme le droit lors du 1^{er} accouchement tiré vers le côté et vers le haut. Présentation également du siège. L'enfant débile meurt peu de temps après la naissance.

Pendant cet accouchement, comme lors du 1^{er} il y a un an, il n'était pas possible de sentir le second utérus et ce n'est que quelques jours plus tard que l'examen bimanuel nous a confirmé notre 1^{er} diagnostic : 2 utérus dont chaque cavité communique par un orifice cervical indépendant avec un vagin cloisonné.

Lors du 1^{er} accouchement nous avons assisté à l'expulsion d'une caduque provenant de l'utérus non gravide. A son dernier accouchement nous n'avons pas constaté la présence de cette caduque, la femme l'ayant sans doute expulsée avant son admission.

OBSERVATION VI

(Trajan Mihailescu Roumanie, in *Gyn. et obst.*, 1927).

Utérus didelphe diagnostiqué au cours d'une césarienne.

— L'utérus non gravide avait été pris pour une tumeur annexielle.

C. R..., 26 ans, entre à la maternité le 23 octobre 1924, pour être accouchée. Réglée à 15 ans, règles normales. Mariée à 25 ans. A bien supporté les premiers mois de la grossesse. Pas d'albuminurie.

L'examen de la vulve montre les organes génitaux externes normaux : la muqueuse est de couleur violacée ; la vulve et le vagin sont légèrement tuméfiés. Les parois vaginales molles en contraste avec le col utérin qui est petit, conique, très dur, l'orifice cervical punctiforme. Le col est dévié et fixé à gauche. Le corps utérin dépasse l'ombilic de 4 travers de doigts. Tout à côté de l'utérus on sent une tumeur de l'annexe gauche : la tumeur est indolore, immobile et indépendante du corps utérin gravide.

On diagnostique une grossesse de 7 mois avec présentation pelvienne, et le pronostic est réservé à cause de la présence de la tumeur annexée à l'utérus gravide et surtout à cause des caractères du col qui reste petit, très dur et fermé, malgré l'avance de la grossesse.

Le 12 décembre la malade commence à avoir les premières douleurs. A l'examen on constate que la partie présentée n'est pas du tout engagée, le col est dur, petit, non perméable même à son orifice externe. La tumeur annexe

garde les mêmes caractères. A 2 heures du matin, rupture de la poche des eaux ; les contractions utérines sont vives, régulières, fréquentes. Dix heures plus tard : la présentation ne s'est pas engagée, le col reste dur et imperméable, on décide d'intervenir.

Césarienne : on extrait un garçon vivant de 3.300 grammes. On trouve en outre à gauche un 2^e corps utérin de la grosseur d'une orange, immobilisé par des adhérences, irrégulier, de consistance dure, nettement pathologique. On fait donc une hystérectomie en laissant les annexes qui sont saines et l'utérus césarisé. On laisse une mèche de drainage dans le col, qu'on remarque être maintenant complètement dilaté.

Fermeture de la paroi utérine et abdominale ; on cherche ensuite à tirer la mèche, qu'on avait laissé dans le col, par le vagin ; mais on constate qu'au lieu d'un col largement dilaté, on trouve un petit col conique, dur, imperméable, n'ayant pas de mèche. En examinant attentivement le vagin, on constate qu'il est double, séparé par une cloison en deux compartiments distincts : l'un très étroit à droite avec les parois presque accolées, où on trouve la mèche correspondant avec l'utérus gravide ; l'autre beaucoup plus large correspond avec l'utérus non gravide, donc sur un col dur et imperméable.

La malade quitte l'hôpital en bonne santé.

Nous nous trouvons ici en face d'un utérus didelphe typique. L'examen histologique de l'utérus hystérectomisé montre une muqueuse modifiée, analogue à celle d'un utérus gravide avec caduque.

OBSERVATION VII

(Anderodias et Denis, Maternité de Bordeaux, 1926,
in Delas. Thèse de Bordeaux, 1927).

*Utérus double. La corne non gravide formant tumeur
prævia est prise pour un fibrome. Césarienne.*

Mme S..., primigeste, 22 ans, réglée à 16 ans, règles régulières, indolores, abondantes, durant 5 à 6 jours. Les dernières règles datent du 28 mars 1925. Les mouvements actifs sont perçus dès le 4^e mois de la grossesse. La malade est suivie pendant la grossesse par M. le D^r Anderodias, envoyée à ce dernier par le médecin traitant avec le diagnostic de fibrome utérin. On sent au toucher une tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche, se contractant avec l'utérus, située sur le même plan que la tête fœtale. Le col utérin fermé est difficilement perceptible, situé très haut dans l'excavation.

Huit jours avant le début du travail, il est impossible d'atteindre le col remonté, tandis que la tête distendait fortement le segment inférieur qui la coiffe, plonge profondément dans l'excavation. La tumeur est difficilement sentie à ce moment. On espère que les contractions ramèneront le col dans l'axe et permettront un accouchement normal.

Le 13 janvier à 8 heures, l'œuf est ouvert, le cordon largement procident dans le vagin jusqu'à la vulve, battant faiblement. Le col est vite inaccessible. On décide d'intervenir malgré la mort de l'enfant survenue pendant les préparatifs, parce qu'on ne juge pas possible l'extraction par les voies naturelles, même après basiotripsie.

Césarienne le 13 janvier 1926 à 19 heures, après rachianesthésie. On découvre à gauche de l'utérus gravide un second utérus gros comme le poing couché dans la fosse iliaque gauche et qui constitue manifestement la tumeur prise pour le fibrome.

Suites opératoires difficiles les premiers jours, vomissements, pouls à 140, douleurs abdominales diffuses. Tout disparaît par la suite.

OBSERVATION VIII

(Michon, in thèse de Caplain. Paris, 1926).

Utérus didelphe gravide d'un côté.

Laparotomie exploratrice pour confirmer le diagnostic.

Mme M..., 20 ans, réglée à 14 ans et depuis régulièrement tous les mois, vient consulter le 29 octobre 1925 se plaignant d'une volumineuse tumeur abdominale à localisation iliaque droite accompagnée de quelques douleurs. Les dernières règles datent du 20 août 1925. Depuis, aucune perte.

A la palpation, on trouve une masse de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, régulière, paraissant rénitente, mobile, et donnant l'impression d'un kyste de l'ovaire.

Au cours de l'examen vaginal on s'aperçoit qu'il existe un double vagin ; les deux vagins sont de dimensions sensiblement analogues. Il existe également deux cols nettement séparés l'un de l'autre.

De cet examen, il semble donc bien résulter qu'il s'agit d'une division complète de l'appareil génital et qu'il y a

grossesse dans l'utérus droit. Ce qui explique la situation franchement latérale droite de la tumeur abdominale, situation, qui, si la division de l'appareil génital n'avait pas été découverte, aurait fait pencher le diagnostic en faveur d'une masse annexielle et en particulier d'un kyste avec réserves sur la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Nouvel examen le 25 novembre. Le diagnostic n'est pas encore établi avec certitude, car la masse qui paraît avoir augmenté de volume est toujours en position latérale droite. D'autre part, les douleurs accusées par la malade sont toujours assez vives. Dans ces conditions on conseille une intervention exploratrice, qui est faite le 5 décembre par le Dr Michon à l'hôpital Beaujon.

La laparotomie médiane sous-ombilicale permet de vérifier le diagnostic de dédoublement complet de l'appareil génital avec grossesse d'environ 4 mois dans l'utérus droit. L'utérus gauche paraît également augmenté de volume, donnant l'impression d'un utérus au début d'une gravidité.

Par suite de l'intervention en position inclinée, l'utérus gravide qui était quelque peu basculé en arrière s'est trouvé replacé en bonne position.

Suites opératoires simples. Les douleurs ont disparu lors de sa sortie de l'hôpital 18 jours après l'intervention.

Le 12 avril 1926 la femme entre à la Maternité del'Hôpital Beaujon : grossesse de 7 mois et demi, siège décomplété. Accouchement normal d'un garçon vivant de 2.680 grammes après un travail de 9 heures. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

OBSERVATION IX (Résumée).

(Dambrin et Bernardbeig, in *Gyn. et Obst.*, 1924, n° 3.)

Utérus didelphe. Fibrome d'un côté, grossesse de l'autre.

Hémihystérectomie. Grossesse évoluée normalement.

Mme P... Rose, âgée de 27 ans, couturière, entre dans notre service le 2 mars 1922.

Antécédents. — Rien d'intéressant.

Réglée à 13 ans, règles régulières durent 4 à 5 jours.

Mariée à 26 ans, les premiers rapports sexuels ont été très douloureux, et ont même déterminé la production d'un hématome important qui a suppuré et rendu nécessaire l'intervention d'un médecin. Depuis, les rapports sexuels ont été toujours très pénibles et la malade n'a cessé de les redouter.

Maladie actuelle. — Depuis un an environ la malade a constaté une augmentation progressive de son ventre et des troubles divers : douleurs abdominales spontanées, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, pertes blanches empestées le linge.

Depuis le 25 décembre 1921, les règles ont complètement disparu, la douleur a augmenté rendant tout travail impossible, le volume du ventre s'est accru ; en même temps apparaissent de la pollakiurie, des poussées hémorroïdaires, une constipation opiniâtre, des nausées et des vomissements.

A l'examen. — On note un ventre globuleux, en obusier. La palpation et la percussion décèlent une tumeur abdominale médiane, mate, rénitente, assez peu mobile, remontant

à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, la pression en est douloureuse, l'auscultation absolument négative.

Le toucher permet de constater 2 orifices vaginaux, l'un à droite de calibre normal, l'autre à gauche très rétréci. Le toucher très douloureux ne peut porter que sur le vagin droit. On sent un col mou, dévié à gauche. Le corps utérin légèrement augmenté de volume est refoulé en bas et à droite, accolé à la tumeur qui paraît indépendante de lui. La cloison séparant les 2 vagins remonte jusqu'au col utérin, car du liquide injecté dans le vagin gauche ne revient pas par le droit. A travers la cloison intervaginale à la partie supérieure on perçoit à gauche du col ramolli, un petit cylindre dur, que l'on a pu plus tard identifier à un second col, celui de l'utérus gauche.

La femme est pâle, amaigrie et l'on est frappé par son état névropathique : tachycardie, tremblement émotif, gestes désordonnés et lubies. Le diagnostic de kyste de l'ovaire avec grossesse est posé et l'intervention décidée.

Intervention le 10 mars 1922. Utérus didelphe : l'un, le gauche, fibromateux, constituait la tumeur qu'on avait prise pour un kyste de l'ovaire, on l'enlève. L'utérus droit, repoussé dans le fond de la cavité pelvienne, présentait l'aspect d'un utérus gravide de 2 à 3 mois.

Suites opératoires parfaites, la femme sort le 10 avril.

En septembre elle entre à la Maternité où elle accouche après un travail assez long d'un enfant petit (2.050 grammes) mais normalement constitué qui vit. Il est à noter qu'au cours de son accouchement elle a perdu, en presque totalité, sa cloison vaginale, qui pourtant avait résisté victorieusement aux tentatives conjugales répétées.

OBSERVATION X (Résumée).

(Baudet, in *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1920.)

Utérus didelphe avec une cavité gravide, l'autre conduisant dans un vagin imperforé ayant donné lieu à un hémato-colpos. Avant l'intervention : diagnostic de grossesse extra-utérine ou de kyste de l'ovaire tordu.

Mme R..., 25 ans, réglée à 15 ans, perd régulièrement pendant 8 jours, abondamment. Douleurs pendant les premiers jours, douleurs très vives nécessitant parfois le repos au lit.

Dernières règles le 20 février 1920. Depuis, plus de douleurs, pas de pertes, mais vomissements assez fréquents.

Fin juillet, douleurs dans le bas-ventre, troubles urinaires ; la malade entre à l'hôpital. L'abdomen n'est pas ballonné. Il est un peu plus développé dans la fosse iliaque gauche que du côté opposé. Il est douloureux au niveau de l'hypogastre et des deux fosses iliaques, douleur continue avec exacerbation.

La palpation qui est douloureuse permet de reconnaître aisément 3 tumeurs, malgré une certaine défense musculaire : une est médiane, débordant le pubis de trois travers de doigts, son bord supérieur régulier est convexe en haut. Elle est rénitente. La deuxième occupe la fosse iliaque gauche : dimension d'un poing, mais ses limites sont plus difficiles à préciser car elle est moins dure que la précédente ; elle est lisse, régulière. Enfin la troisième siège dans la partie interne de la fosse iliaque droite, elle a les dimen-

sions d'un œuf de poule ; elle paraît très superficielle, étant plus dure que les deux autres et présente sur sa face antérieure une saillie.

Le toucher vaginal est difficile : le vagin est obstrué par une masse qui l'applatit d'avant en arrière ; cette masse est assez molle. Le col qui est mou est perçu difficilement en arrière. La vulve ne présente rien d'anormal, mais la paroi antérieure de l'extrémité du vagin est d'une teinte bleue ecchymotique. Pouls 90, température 37°5. Le lendemain la douleur s'accroît nécessitant une piqûre de morphine.

Le surlendemain, douleurs très vives ; la malade crie. La défense musculaire est un peu augmentée. Paroi abdominale mobile avec la respiration ; température à 37°, pouls à 100.

En présence de ces troubles on s'arrête au diagnostic de grossesse extra-utérine ou de kyste de l'ovaire tordu avec thrombus vaginal ou kyste du vagin.

Intervention. — Hystérectomie. L'examen de la pièce montre que la tumeur gauche représente un utérus dont la cavité est occupée par un fœtus de 13 à 15 centimètres, et se continue avec un canal, cavité cervicale présentant un arbre de vie net et occupée par un bouchon gélatineux. L'orifice externe du col est nettement marqué, il conduit sur un lambeau de muqueuse ayant l'aspect de muqueuse vaginale et qui représente un fragment de la paroi du vagin que la malade garde.

La tumeur droite, du volume d'un utérus normal, se continue également avec une cavité cervicale présentant un arbre de vie et dilatée. L'orifice externe du col est marqué seulement par l'épaisseur de la paroi qui est plus grande

que celle du segment sous-jacent. Cet orifice conduit dans une cavité dont la paroi rappelle par son aspect celle du vagin. Cette cavité contenait du liquide brun fétide.

Les deux utérus sont accolés sur une longueur de 6 centimètres environ au niveau de leur segment cervical. Les deux vagins le sont sur toute leur longueur.

Les ovaires sont normaux. Le gauche, celui qui correspond à l'utérus gravide, porte le corps jaune de la grossesse.

En résumé, il s'agit d'un utérus didelphe avec l'un des vagins imperforé ayant donné naissance à un hémato-colpas (Pièce au musée Dupuytren).

OBSERVATION XI (Résumée.)

(Potocki, in *Gyn. et Obst.*, 1920, t. II, p. 22.)

Dystocie causée par la corne non gravide rétrofléchie d'un utérus didelphe ayant nécessité la césarienne. Diagnostique fait avant l'intervention.

Mme S..., 23 ans, primigeste, entre à la Maternité le 12 novembre 1919. Réglée à 14 ans ; règles abondantes.

Rien dans les antécédents.

Dernières règles du 15 au 20 février ; gestation de 8 mois et demi environ.

Examen de la sage-femme de garde : utérus comme au neuvième mois, fond utérin incliné à gauche, contractions espacées ; tête en bas mobile, tendant à fuir dans la fosse iliaque droite. Au toucher : 2 vagins complètement séparés sur toute leur longueur par une cloison verticale antéro-postérieure étendue du fond du vagin à l'insertion de l'hymen.

Cette cloison est épaisse de 8 à 10 millimètres. Au fond du vagin gauche on sent un col mou, long de 2 centimètres admettant le doigt qui arrive sur les membranes. On sent la tête fœtale mobile. Au fond du vagin droit, on trouve un 2^e col de 3 à 4 centimètres de long.

On trouve de plus dans le cul-de-sac postérieur une tumeur ferme, lisse, arrondie, du volume d'une orange située immédiatement devant le sacrum. On porte le diagnostic de vagin double et utérus didelphe avec corne gauche gravide et on pense que la tumeur perçue dans le cul-de-sac postérieur est la corne utérine droite augmentée de volume du fait de la gestation.

Le lendemain 13 novembre, je confirme le diagnostic.

La présence dans l'excavation de la corne non gravide nous fait craindre qu'elle n'apporte un obstacle à la marche du travail. On essaye alors, mais sans succès, de la mobiliser et de la refouler au-dessus du détroit supérieur.

Le 14 novembre, la tête est toujours très mobile. Le col est dilatable comme 2 francs. Membranes intactes. L'enfant ne paraît pas souffrir mais la parturiente est très fatiguée. On a l'impression que l'accouchement est impossible; on décide alors d'intervenir par voie haute.

On fait une césarienne. Extraction d'une fille de 2.800 gr. qui crie aussitôt.

Délivrance complète et facile.

Suture de l'utérus en 3 plans au catgut.

L'exploration du petit bassin montre qu'il existe une cloison médiane antéro-postérieure sous forme d'un feuillet mince mais résistant, haut de 8 à 10 centimètres, étendu de la vessie au rectum. Au-dessus de cette cloison, on trouve la

corne utérine droite non gravide qui est rétroversée et qui plonge dans l'excavation. On la redresse facilement.

Les suites opératoires normales les premiers jours, furent ensuite compliquées par la suppuration d'un catgut profond. Il s'établit une fistule utéropariétale guérie par des pansements à la liqueur de Dakin.

La femme et l'enfant sortent en très bon état le trentième jour après l'intervention.

OBSERVATION XII

(Faugère et Balard, Extrait des registres de la clinique d'Accouchement de Bordeaux, 1914, in Thèse de Delas. Bordeaux, 1927).

Utérus double.

Diagnostic fait au cours d'une césarienne.

Mme X..., 23 ans, primigeste, réglée à 13 ans, règles douloureuses, abondantes, très irrégulières jusqu'à 20 ans. Les dernières règles datent du 3 au 6 octobre 1913. Les mouvements actifs ont apparu vers la fin février 1914. Au premier examen on trouve un bassin généralement rétréci chez une femme rachitique mais qui ne présente cependant pas ni de chapelet rachitique ni de déformation des membres.

L'utérus est dévié à droite remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. On sent la tête dans la partie supérieure, le siège est en bas. Au niveau du vagin on trouve une bride vaginale médiane simulant un vagin double.

Les dimensions du P. S. P. sont de 10 centimètres.

Césarienne le 6 juillet. Enfant bien constitué. Utérus double. Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION XIII (résumée.)

(Rochard et Stern, in *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1910).

Grossesse double dans un utérus double.

Hystérectomie.

Avant l'intervention : diagnostic de grossesse ectopique.

Mme X..., 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 29 novembre 1909. Réglée à 17 ans : règles régulières, indolores mais abondantes durant 8 à 10 jours. Avortement de 3 mois en janvier 1909.

Actuellement : dernières règles le 25 septembre. Jusqu'au 9 novembre, aucuns troubles, depuis douleurs violentes, nausées, tendance à syncopes, métrorragies abondantes. Repos. Tout rentre dans l'ordre ; mais pertes et crises douloureuses reprennent dès que la malade se lève.

Les déclarations de la malade suggéraient l'idée d'une grossesse ectopique, hypothèse qui semblait corroborée par les résultats de l'examen physique que voici : rien à l'inspection ni à la palpation du ventre. Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal à la vulve, et ne fait sentir en particulier aucune cloison vaginale. Le col est unique, un peu gros, à orifice punctiforme et à peine ramolli à son extrémité. Le toucher combiné au palper fait percevoir un peu à gauche de la ligne médiane une masse globuleuse, non contractile, mais se continuant avec le col et participant aux mouvements imprimés à celui-ci : c'est évidemment l'utérus, un utérus gros, gravide sans doute de 6 à 8 semaines.

À gauche les annexes ne sont pas perceptibles ; mais fran-

chement à droite de la ligne médiane, on sent une tumeur d'un volume sensiblement égal à celui de l'utérus ; elle est douloureuse au toucher et mobile ; ses mouvements ne semblent pas se transmettre au col ; logiquement nous pensons nous trouver en présence d'une tumeur extra-utérine. Et comme d'autre part, les signes sympathiques de la grossesse sont au grand complet, nous concluons à une grossesse ectopique.

En raison des douleurs et des métrorragies répétées, nous pensons à une menace de rupture et nous nous décidons à intervenir.

Opération le 30 novembre : L'excavation pelvienne se montre sous un aspect peu banal : sur la ligne médiane, une bride blanche, nacrée, va du fond de la vessie à la face antérieure du rectum. De chaque côté de cette bride on voit une masse ovoïde, bleuâtre et lisse.

Ces 2 masses sont absolument semblables, dirigées toutes 2 en haut et en dehors et formant entre elles un angle à sommet pubien d'environ 50 degrés. Elles sont nettement fluctuantes. Le doute n'est pas possible : ce sont 2 utérus gravidés tous les 2. Leurs fonds et leurs bords sont totalement libres. En bas, en convergeant l'un vers l'autre, ils se fusionnent un peu au-dessous de l'isthme.

L'hystérectomie subtotala est pratiquée. Ce faisant nous relevons les faits suivants : il n'existe qu'une seule artère utérine par corps utérin ; il nous faut sectionner et cautériser deux cols utérins absolument distincts, situés de chaque côté du tractus vésico-rectal.

L'ovaire gauche est laissé en place. Péritonisation facile. Les suites opératoires furent normales.

L'examen des 2 corps utérins nous montre que leur grand diamètre mesure 12 centimètres et le petit 5 centimètres. La cavité, tapissée des membranes ovulaires est occupée par un embryon de 5 centimètres de long. En somme, gravidité très probable contemporaine des 2 utérus.

OBSERVATION XIV

(Lequeux *in* Soc. d'Obst. de Paris, 1910, p. 253.)

Utérus didelphe gravide.

Mme G..., primigeste, 24 ans. Dernières règles le 25 juillet 1909, entre à la clinique Tarnier le 27 avril 1910 pour attendre son accouchement.

Règles irrégulières, manquant un mois, ou deux fois par mois, durée 4 jours. Assez abondantes, un peu douloureuses.

Aucun antécédent pathologique.

Examen. — Utérus normalement développé pour une grossesse près du terme ; mais le fond est fortement dévié vers la droite. D'ailleurs l'utérus est presque entièrement logé dans la moitié droite de l'abdomen, il est allongé, cylindrique ; sur son bord droit on sent un ligament rond qui n'est pas perceptible à gauche.

Au-dessus du détroit supérieur, on trouve un siège mobile, le fond de l'utérus est occupé par la tête fœtale.

Au toucher, on constate l'existence d'une cloison vaginale complète que le hasard d'une exploration bi-digitale fait reconnaître.

L'exploration est difficile, il semble cependant que l'on

sente très à droite le col d'un utérus gravide et que le fond du vagin soit occupé à gauche par une masse du volume d'un petit œuf, indépendante de l'utérus gravide, et ressemblant à un utérus non gravide basculé en latéro-version très nette.

On ne sent pas d'ailleurs au toucher d'autre cavité cervicale, ce qui tient à ce que l'utérus non gravide, littéralement couché au fond du vagin, dirige son museau de tanche au contact de la cloison vaginale qui fait opercule. C'est du moins le diagnostic auquel on se résoud après un examen au spéculum.

Il s'agit donc vraisemblablement d'un cas d'utérus didelphe avec vagin double et grossesse développée dans l'utérus droit.

Le fœtus est en présentation du siège.

L'utérus est devenu en quelque sorte prævia et latéroversé. Le bassin est normal.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Daspres de Toulon,

(in Congrès français de Chir., 1910, p. 430.)

Utérus et vagin doubles.

Grossesse et accouchement normaux

Mme X..., se présente à ma consultation peu de temps après son mariage, désireuse d'être « renseignée sur certaine particularité gênante de ses voies génitales » et l'influence que cette dernière pouvait avoir sur l'issue de l'accouchement en cas de grossesse.

Je ne dirai point la surprise du mari à l'occasion des premiers rapports sexuels conjugaux et de la constatation de 2 compartiments vaginaux et l'utilisation seulement de celui de droite.

Premier examen le 10 mai 1908. Femme âgée de 22 ans, bien constituée, de taille au-dessus de la moyenne, de visage agréable, normalement réglée à 11 ans.

L'examen génital présente une cloison médiane antéro-postérieure partageant le vagin en 2 conduits de dimensions égales, et au fond de chacun d'eux un col utérin. Ces 2 cols utérins droit et gauche sont de même forme, même volume, même consistance, et les corps utérins correspondants identiques.

Nous indiquons à l'intéressée la nature de sa double anomalie et calmons ses craintes.

Deuxième examen le 7 septembre 1909. Notre cliente est enceinte de 4 mois. Ses dernières règles datent du 7 mai 1909.

Grossesse unilatérale droite. L'utérus gauche non gravide est augmenté de volume, avec col ramolli, indépendant, il est légèrement rétroversé.

Evolution normale et régulière de la grossesse.

Huitième mois : vacuité de l'excavation ; ballottement céphalique abdominal au fond de l'utérus droit.

Présentation du siège, mode complet.

Pas d'albumine dans les urines.

Accouchement à terme le 4 février 1910 après 8 heures de travail. Expulsion de la tête spontanée, sans recours à la manœuvre de Mauriceau, suit le dégagement du siège et du tronc.

Garçon vivant de 3.500 grammes.

Délivrance une demi-heure après sans hémorragie ni inertie utérine.

Suites de couches normales.

La cloison vaginale n'existe plus.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Brouha in *Scalpel*, 27 nov. 1910.)

Utérus double. Laparotomie.

Avant l'intervention : diagnostic de grossesse extra-utérine.

Mme X..., 23 ans, réglée à 16 ans, régulièrement, mais douloureusement pendant la première journée.

Mariée à 19 ans et demi. Avortement de 5 mois et demi ; 4 mois plus tard nouvelle grossesse qui est interrompue à 6 mois et demi. Un an plus tard nouvelle grossesse qui est également interrompue à 6 mois et demi. Chaque fois après ces 3 grossesses, il y a eu dans les jours suivants, expulsion d'une membrane de forme triangulaire qui a fortement intrigué l'accoucheur.

La 4^e grossesse est prise pour une grossesse extra-utérine. En effet, à l'examen on notait que les dernières règles remontaient à 2 mois, quelques symptômes de grossesse s'étaient déjà manifestés.

A l'examen gynécologique on note un léger degré de cyanose vulvaire, le vagin est chaud et lubrifié ; le col légèrement ramolli occupe à peu près le centre de l'excavation, il regarde en bas et en avant. A travers le cul-de-sac postérieur du vagin, le palper combiné permet de reconnaître la présence d'un organe offrant le volume et la consistance du

corps utérin vide. Cet organe se trouve en continuité très nette avec le col. A travers le cul-de-sac latéral gauche on perçoit l'ovaire correspondant à quelque distance du fond de cet organe, que l'on considère comme l'utérus en rétroversion. A travers le cul-de-sac latéral droit plutôt dans la partie antérieure de l'excavation, on prend entre les mains une tumeur de forme arrondie, de consistance assez élastique, ayant le volume d'une orange. Cette tumeur est mobile dans tous les sens ; elle paraît tout à fait indépendante de l'utérus rétro dévié.

On porte le diagnostic de grossesse extra utérine développée dans la partie ampullaire de la trompe droite.

L'intervention montre qu'il s'agit d'un utérus double, dont l'un gravide est rattaché au col par un segment inférieur assez long mais très mou. On ferme l'abdomen. Suites opératoires excellentes.

Accouchement prématuré à 7 mois et demi. Pendant les suites de couches, élimination de petits fragments non caractéristiques. L'enfant se développa d'une façon des plus satisfaisantes.

OBSERVATION XVII (Résumée.)

(Bastian, in *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1909.)

Utérus didelphe à forme atypique dont le gauche gravide fut pris pour une grossesse extra-utérine. Hystérectomie unilatérale.

Mme X..., 23 ans. Menstruation régulière, précédée de coliques légères ; mariée en 1907. Dernières règles fin novembre 1907. Dès la 6^e semaine, métrorragie avec perte

d'une membrane ayant tous les caractères d'une caduque ; légères douleurs à gauche. L'examen montre un utérus en latéro-déviation droite un peu hypertrophié ; le col n'est pas augmenté de volume, il est un peu allongé. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une masse transversale, molle, élastique non douloureuse, mobile, qui paraît indépendante. Sur la paroi vaginale antérieure, à environ 1 centimètre et demi au-dessus de l'orifice externe, un peu à droite, on sent très nettement une dépression en entonnoir, au fond de laquelle se trouve un bourgeon de consistance cartilagineuse. Cette dépression explorée à la sonde, puis au stylet est, semble-t-il, tout à fait imperméable. A part cela le vagin ne présente aucune autre anomalie.

On pose le diagnostic de grossesse tubaire.

Laparotomie en 1908 qui fait découvrir qu'il s'agit d'un second utérus appendu au premier au voisinage du col ; aucune communication entre les 2 cavités. Extirpation. La malade est revue en novembre 1908; utérus en antéverson, menstruation régulière, non douloureuse. L'examen de la pièce montre un utérus à musculature précaire et faible vascularisation des villosités, dont la cavité contient un fœtus de 5 centimètres et demi.

Le col de cet utérus gravide est un col rudimentaire qui correspondait au bourgeon situé dans la dépression vaginale trouvée au cours de l'examen.

OBSERVATION XVIII

(Mantel, in *Annales de Gyn.*, 1907, p. 84).

Grossesse dans un utérus double prise pour une grossesse extra-utérine.

Mme S..., 30 ans, fille de ferme, constitution saine et robuste, pas d'antécédents. Réglée à 16 ans et depuis normalement et régulièrement toutes les 3 semaines.

Mariée à 23 ans, a eu 4 grossesses normales, terminées par des accouchements normaux. Enfants vivants et bien portants.

Dernières règles le 17 novembre 1905. Deux mois plus tard, douleurs dans la région hypogastrique gauche ; douleurs assez fortes et continues jusqu'au moment où elle crut sentir les premiers mouvements de son enfant : 27 mars 1906. Supposant bien qu'elle était enceinte, constatant cependant que son ventre ne se développait pas comme d'habitude, ne sentant plus remuer, elle vint consulter un confrère qui conclut à une tumeur fibro-kystique de l'ovaire et m'envoie la malade en conseillant l'opération.

Examen le 23 mai 1906. Dans le flanc droit on sent une tumeur du volume d'un gros poing, arrondie, dure, profonde sous les anses intestinales, paraissant incluse dans le ligament large droit. Pas de fluctuation, pas de bruits du cœur. Au toucher, vagin normal, col utérin ramolli, utérus en situation et direction normale. Les seins sont augmentés de volume.

Tous les signes étaient en présomption d'une grossesse et je conclus à une grossesse extra-utérine.

Etant donné l'épaisseur considérable du kyste fœtal qui semblait rendre une rupture bien peu probable, je décide d'attendre pour intervenir, de façon à atteindre le plus possible le terme normal de la grossesse.

Le 24 juillet, la tumeur occupait tout le flanc et l'hypochondre droit. Au palper, on percevait très facilement le fœtus. Les bruits du cœur sont bons. Au toucher, le col est en place, ramolli; l'utérus paraît un peu abaissé par la tumeur, il est accessible dans toute son étendue et est manifestement vide.

En septembre, la tumeur occupe toujours le côté droit de l'abdomen, mais déborde un peu la ligne médiane. Bruits du cœur bons; tête en bas.

Au toucher, l'excavation est vide de la tumeur, nulle part on ne peut l'atteindre avec le doigt; le corps de l'utérus est un peu augmenté de volume; le col est mou et entr'ouvert.

Je n'avais aucun doute sur l'exactitude de mon diagnostic de grossesse extra-utérine, et comme la femme était arrivée près du terme, je décidai d'intervenir.

Le 5 septembre, après incision de la paroi et du péritoine, on tombe sur la tumeur fœtale, qui ne présentait aucun des caractères des kystes de grossesse ectopiques. Cette tumeur ressemblait absolument à un utérus gravide. Si je n'avais encore constaté la veille l'utérus en bonne place et manifestement vide, je ne serais pas allé plus loin. Sachant d'autre part combien sont variables dans leur structure les kystes fœtaux, j'incisai franchement le péritoine viscéral puis la tumeur; j'étais en plein tissu musculaire; en continuant je tombais sur un véritable lascis veineux, dans des sinus volu-

mineux et je m'arrêtais en reconnaissant que j'étais en plein tissu utérin normal.

L'idée me vint alors que je me trouvais peut-être en présence d'un cas exceptionnel d'utérus double et j'abandonnai l'idée de terminer l'opération par une hystérectomie.

Fermeture de l'incision utérine et de la paroi abdominale.
Suites opératoires normales.

Le 7 septembre accouchement normal d'une fille vivante de 2.200 grammes.

Immédiatement après la délivrance, en introduisant la main dans l'utérus, on trouve, à gauche et en arrière, au dessus de l'isthme un orifice admettant facilement l'index et conduisant dans une deuxième cavité utérine, dans celle qui était vide et qui du commencement à la fin de cette grossesse a occupé la situation habituelle de l'utérus. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIX (Résumée.)

(Pauchet in *Gaz. des Hôpitaux*, 1903, p. 1411).

Utérus bifide. Fibrome à droite, grossesse à gauche.

Avant l'intervention :

*diagnostic de grossesse tubaire à côté d'un utérus
fibromateux.*

Malade de 40 ans ayant eu 3 grossesses et accouchements normaux, l'un il y a 20 ans, l'autre il y a 18 ans, et le troisième il y a 14 ans. L'expulsion de l'enfant se fit sans intervention manuelle ni instrumentale. Depuis cette époque, cette femme n'éprouva d'autres troubles que des ménorragies

modérément abondantes survenant depuis 4 ou 5 ans. La santé générale restait bonne.

Septembre 1903 : elle consulte et attire l'attention de son médecin sur les 3 faits suivants : arrêt des règles depuis 3 mois; douleurs pelviennes, augmentation du volume du ventre.

Constatant une tumeur abdominale très supérieure au volume d'un utérus gravide de trois mois, notre confrère fit le diagnostic de fibrome compliqué de grossesse et m'adressa la malade pour élucider le diagnostic et poser l'indication thérapeutique.

Par le palper combiné au toucher, je trouvai les signes objectifs suivants : le col présentait une consistance, une forme et un volume normaux. Son orifice n'était pas entr'ouvert ; l'utérus dur et bosselé remontait à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus du pubis et présentait tous les caractères d'une fibrome multilobulé.

A gauche de l'utérus hypertrophié, on sentait une masse molle, fluctuante, mobile, sensible à la pression et plus volumineuse que le poing. On aurait pu penser à un kyste du ligament large ou à un hydrosalpinx développé à côté d'un fibrome.

J'examinai la coloration de la vulve et du vagin, leur aspect était nettement violacé : ce caractère objectif rapproché de l'arrêt des règles me fit pencher vers le diagnostic de grossesse tubaire évoluant à côté d'un utérus fibromateux.

Intervention. — Laparotomie médiane. L'ouverture du ventre fait reconnaître un utérus fibromateux de grosseur moyenne. La consistance est un peu plus molle que celle des fibromes ordinaires.

A gauche : une masse rouge, violacée, ayant l'aspect et la consistance d'un utérus gravide, vient s'implanter sous l'isthme de la matrice fibromateuse. L'exploration de cette masse ne laisse aucun doute sur l'existence d'un second utérus atteint de grossesse.

Hystérectomie subtotale.

Examen de la pièce : l'utérus enlevé se compose de deux parties, chacune d'elles flanquée en dehors d'un ovaire et d'une trompe symétriquement placés. Les 2 héli-utérus sont nettement séparés. La matrice fibromateuse forme le corps principal, tandis que la matrice gravide, qui correspond par son volume au tiers du précédent, est appendue sur ce dernier par un pédicule large de 3 travers de doigts et implanté sur l'isthme utérin commun.

OBSERVATION XX (Résumée).

(Reynes, in *Bull. soc. obst.* Paris, 1902).

Utérus didelphe. L'utérus non gravide est pris tout d'abord pour un petit fibrome pédiculé.

Mme X..., primigeste, 30 ans, réglée pour la première fois à 13 ans, règles régulières mais abondantes durant 4 jours. Mariée à 28 ans, les dernières règles ont été observées le 28 juin 1901.

La grossesse évolue normalement, on note de l'œdème vers le 7^e mois, mais pas d'albumine dans les urines.

Le 6 avril 1902 : rupture prématurée des membranes. Le 7 avril, travail normal, mais lent ; la sage-femme fait appeler le médecin.

A l'examen : la voussure abdominale est très prononcée à droite. Au palper : utérus de forme ovoïde, très allongé, presque entièrement logé dans la partie droite de l'abdomen. Tête mal fléchie, au-dessus du détroit supérieur. Au toucher : vagin ramolli, cul-de-sac gauche moins ample que le droit ; très haut, un peu à droite de la ligne médiane le col : col de primipare, peut être un peu diminué de longueur, orifices fermés. Dans le cul-de-sac gauche on sent une tumeur de petit volume, fuyant sous la pression du doigt. On fait le diagnostic de fibrome pédiculé développé sans doute aux dépens de la paroi postéro-latérale gauche de l'utérus.

Trois jours plus tard surviennent 2 crises d'éclampsie et le Docteur Reynes est rappelé précipitamment vers 16 heures. La sage-femme, lui apprend que les douleurs avaient commencé à 2 heures, que la tête dans l'excavation était en O. I. G. A. fléchie, que la dilatation s'était régulièrement faite et qu'elle était complète.

Avant de pratiquer l'application de forceps dictée par les crises d'éclampsie le médecin fait un toucher. Placé à droite de la femme il constate, appliqué contre la grande lèvre droite oedématiée, une membrane, qui est prise sans l'examiner pour la petite lèvre droite infiltrée du fait de l'albuminurie ; puis le toucher montre le col petit, fermé mais ramolli, derrière la branche horizontale du pubis gauche.

La sage-femme, qui affirmait avoir senti les cheveux, fait un nouveau toucher et trouve également le col fermé.

Pensant à une dilatation sacciforme du segment inférieur le Docteur Reynes introduit à nouveau ses doigts dans l'intention d'abaisser le col, mais à peine il a franchi l'anneau

vulvaire qu'il tombe sur les cheveux et fit alors le diagnostic de vagin double conduisant à 2 cols différents. La petite lèvre droite œdématiée de tout à l'heure, était au second toucher devenue la gauche : c'était la cloison bivaginale.

Terminaison de l'accouchement par forceps.

Hémorragie : délivrance artificielle qui permet de constater l'existence d'un utérus didelphe : les 2 héli-utérus étant très nettement séparés ; l'utérus gauche non gravide est couché sur l'aire du détroit supérieur, son fonds est basculé en arrière vers la symphyse sacro-iliaque gauche, le col répond à la branche horizontale du pubis gauche.

OBSERVATION XXI

(Bar, in Soc. Obst. de Paris, 1902, p. 277).

Grossesse et accouchement dans un utérus didelphe, diagnostiqué au début du travail.

Femme de 30 ans, de vigoureuse constitution : Aucune anomalie extérieure. Squelette bien conformé. Les dimensions transversales et son bassin ne sont pas agrandis ainsi qu'on l'observe parfois dans les cas d'utérus didelphe.

Mamelles bien développées.

A été réglée à l'âge de 17 ans. Depuis, toujours régulièrement. Pas de règles doublées dans le mois, pas d'alternance entre des règles fortes et faibles. Écoulement sanguin égal à toutes les règles. Pas douloureuses.

Rien n'avait attiré l'attention sur une anomalie de l'appareil génital. Rien non plus pendant les premiers temps du mariage.

Dernières règles le 8 septembre. Entrée en travail le 25 juin ; donc à terme.

Aucun incident au cours de la grossesse. Pas de pertes de sang ni d'expulsion de caduque.

Durée totale du travail : dix-sept heures.

Membranes rompues à la dilatation complète. Le diagnostic du vagin double fut fait dès l'entrée de la femme dans le service par l'interne de garde. Je fus prévenu.

En palpant la malade, rien n'attira mon attention du côté d'une anomalie utérine. Les dimensions de l'utérus sont normales, sa position médiane, et je ne sentais pas de tumeur latérale formée par le corps utérin vide.

Pas d'anomalie vulvaire, mais cloison épaisse descendant jusqu'à la vulve, cloison formée de 2 parois vaginales adossées l'une sur l'autre. L'extrémité libre de cette cloison était épaisse et portait le segment interne des 2 hymens.

Le doigt, introduit dans le vagin droit, arrivait sur la tête fléchie en O. I. G. A. Ce vagin était spacieux, cependant la cloison à 1 ou 2 centimètres de son extrémité inférieure formait une bride un peu résistante.

À gauche, le doigt entra dans un vagin également spacieux, au fond duquel il ne pouvait atteindre le col utérin ; il sentait la tête fœtale à travers la cloison.

Je fis une application de forceps. L'enfant qui pesait 3.300 grammes et bien constitué fut extrait facilement.

Délivrance normale.

Quand j'examinais la malade immédiatement après l'accouchement, je trouvais la cloison vaginale déchirée dans son tiers inférieur, le lambeau antérieur saignait abondamment. Des pinces arrêtaient l'hémorragie.

En haut, les 2 vagins semblaient s'écarter, celui du côté droit aboutissait à un col largement ouvert, celui du côté gauche, à un col très mou dans lequel le doigt pouvait pénétrer jusqu'à l'orifice interne.

Bassin normal, pas de promontoire. Par le palper combiné au toucher, on sentait l'utérus vide à gauche et en arrière, mais on le délimitait mal et on ne le sentait pas comme une tumeur tout à fait isolée de l'utérus gravide. Cependant les 2 cols étaient bien séparés et mobiles l'un sur l'autre.

Suites de couches sans complication.

OBSERVATION XXII (résumée).

(Maire, in *Bulletin Soc. obst. Paris*, 1902).

Grossesse et accouchement dans un utérus didelphe.

Mme X..., 35 ans, primigeste. En août 1899, lors de l'examen on trouve un vagin divisé en 2 par une cloison épaisse. Le toucher est difficile vu l'étroitesse de chaque canal vaginal. Le palper fait trouver deux masses du volume d'un poing, mobiles, indépendantes, l'une très dure, l'autre molle, pâteuse. Le diagnostic est porté d'utérus double l'un fibromateux, l'autre gravide. Diagnostic confirmé par autre examinateur. Suppression de la cloison vaginale en octobre. En décembre, avortement d'un œuf contenu dans l'utérus fibromateux ou que l'on croyait tel. En mars 1900, accouchement à terme, application de forceps pour suppression des contractions. Délivrance artificielle pour se rendre compte de l'état des utérus dont les cols sont unis en canons de fusil, les corps sont complètement indépendants.

OBSERVATION XXIII (résumée).

(Demelin-Perret, in *Bull. Soc. obst., Paris*, 1902).

Utérus didelphe diagnostiqué au cours de l'accouchement.

Mme A. ..., 23 ans, est admise à la clinique Tarnier pour présentation de l'épaule trouvée lors de l'examen du 6 février 1902. On constate l'existence d'une bride vaginale épaisse. Col béant dans lequel on a la sensation d'un orifice admettant à peine l'extrémité du doigt. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse ronde, régulière, du volume d'une mandarine, réductible, que l'on reconnaît pour un utérus non gravide augmenté de volume ; le diagnostic s'impose d'utérus duplex à corps séparés s'abouchant à un seul col. Dans les antécédents on relève que les premières règles ont eu lieu à 14 ans, qu'elles ont été tout d'abord irrégulières, puis à partir de 15 ans, régulières, mais toujours abondantes et indolores.

Première grossesse en 1901. La parturiente a expulsé à terme après 4 jours de travail pénible et douloureux un enfant mort. La grossesse actuelle arrive à peine à 8 mois. Les règles ont continué pendant 3 mois au début de la grossesse. L'examen obstétrical note : épaule droite, dos en arrière, bassin plat. Les premières douleurs sont ressenties le 7 février à 9 heures ; la dilatation est complète à 12 h. 30. Version, extraction. Délivrance naturelle. Le toucher fait sentir les 2 cols mous, perméables. Dans la nuit expulsion de caduque vraisemblablement de l'utérus non gravide.

OBSERVATION XXIV (résumée).

(Schwaab, in *Bull. Soc. obst. Paris*, 1900).

*Utérus double diagnostiqué
au cours de suites de couches pathologiques.*

Mme X..., 26 ans, primigeste, réglée pour la première fois à 11 ans 1/2, règles régulières et abondantes. Les dernières règles ont été observées le 1^{er} janvier 1900. Evolution de la grossesse normale. Rupture prématurée des membranes le 12 octobre à une heure du matin. Début du travail le même jour à 7 heures. Accouchement spontané à midi 45. La délivrance tarde à se faire ; à 14 heures brusque hémorragie. Délivrance artificielle par le moniteur de garde qui ne constate rien de particulier ni dans le vagin, ni au niveau du col, ni dans l'utérus si ce n'est un peu de rétraction de l'anneau de Bandl.

Peu après, un nouvel examen fait découvrir une tumeur pédiculée, et le diagnostic se pose entre malformation ou fibrome.

Le 15 octobre, la température s'élève à 38°4, l'utérus est douloureux à la palpation. Un examen pratiqué fait découvrir que le col possède 2 orifices : le col droit donne accès à l'utérus gravide qui est vide ; le col gauche à cavité non gravide d'un petit utérus, rempli de caillots, et existence d'une caduque peu adhérente et infectée. Curage.

CONCLUSIONS

I. — Les utérus didelphes constituent une malformation relativement fréquente, la grossesse et l'accouchement y ont souvent une évolution normale, aussi lorsqu'aucune complication ne vient se surajouter, passent-ils souvent inaperçus.

II. — En effet, les utérus didelphes ne se manifestent en général par aucuns troubles particuliers ; aussi leur diagnostic, parfois très difficile au lit du malade, n'est-il souvent fait que sur la table d'opération.

III. — Cependant, dans certains cas où la duplicité vaginale est très apparente, leur diagnostic est relativement facile ; non pas que la duplicité vaginale implique la duplicité utérine, mais dans ces cas l'attention est attirée sur la possibilité de l'existence d'une malformation de l'utérus ; celle-ci est alors recherchée et grâce à un examen approfondi est souvent trouvée.

IV. — Il semble, en outre, que si l'on y pensait plus souvent, les utérus doubles passeraient moins souvent inaperçus. Il faut y penser dans les cas de tumeur prævia présentant les caractères d'un utérus

gravide; la duplicité vaginale confirme alors le diagnostic.

V. — La présence d'un vagin double doit également toujours faire rechercher la possibilité d'un utérus double.

VI. — Les malformations utérines, le plus souvent difficiles à vérifier en dehors de la grossesse, se révèlent au moment où l'un des deux utérus devient gravide, ce qui explique qu'ils sont plus souvent observés par les accoucheurs que par les chirurgiens.

VII. — Enfin, fait très important, c'est qu'à la fin de la grossesse ou au moment de l'accouchement « l'utérus vide tombe très souvent dans le Douglas où l'on trouve une tumeur; sa forme et sa consistance peuvent faire faire le diagnostic, si on y pense, et inciter à rechercher le second vagin et le second col, qui avaient pu passer inaperçus » (Metzger).

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris.
Pour le Recteur
l'Inspecteur de l'Académie,
MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam.* — Avortements précoces dans les cas de Malformations utérines (Revue Méd. de l'Est, mars 1920).
- Aranow.* — Notes on a uterus didelphis and double vagina (Am. J. of obst. and Gyn., New-York, 1919, p. 283).
- Balard.* — 2 observations de césarienne pour utérus double (Soc. méd. et chir. de Bordeaux, janv. 1927).
- Bar.* — Grossesse et accouchement dans un utérus didelphe (In Soc. d'obst. de Paris, 1902, p. 277).
- Bar, Brindeau, Chambrelent.* — La pratique de l'Art des accouchements.
- Bastian.* — Utérus didelphe (in Rev. médicale de la Suisse, 1919, p. 19).
- Baudelocque.* — L'Art des accouchements.
- Baudet.* — In Bull. Mém. Soc. Anat. Paris, 1920.
- Beasse.* — Contribution à l'étude des malformations congénitales chez la Femme. Thèse de Paris, 1902-1903.
- Bertlick, Heinz.* — Schwangerschafts und Geburtsstörungen bei Missbildung des uterus. Thèse Heildelberg, 1913.
- Blanchard.* — Thèse de Lyon, 1907.
- Bæro.* — Algunas consideraciones clinicas sobre et embarazo y el parto en los uteros malformados (Semana Medical de Buenos-Ayres, 1922).
- Bourrus.* — Thèse de Bordeaux, 1891.
- Bouscarle.* — Des utérus doubles au point de vue obstétrical. Thèse de Paris, 1924.
- Brindeau.* — A propos de 2 cas d'utérus septus gravides (Soc. d'obst. et de gyn. Paris, 9 juin 1913).

- Brindeau et Beclere.* — Grossesse normale dans un utérus double
(Bull. Soc. obst. et gyn. Paris, 1928, p. 226).
- Bousquet.* — Grossesse et accouchement dans l'utérus didelphe.
Thèse de Montpellier, 1902.
- Bryskier et Beclere.* — Un cas d'utérus double (in Bull. Soc.
obst. et gyn., 1928, p. 223).
- Caplain.* — A propos d'un cas de grossesse dans un utérus didelphe
Thèse de Paris, 1926.
- Caraven.* — In Gyn. et Obst., 1924, t. I, p. 184.
- Cheron.* — L'utérus didelphe dans ses rapports avec la grossesse
et l'accouchement (Rev. méd. chir. des Mal. des femmes
1897).
- Commandeur.* — In Brindeau : La pratique de l'Art des accou-
ments, 1927.
- Cornell et Earle.* — Surg. Gyn. et Obst., 1921, t. I, p. 65.
- Cotte et Vachey.* — 3 cas de malformations utéro vaginales (in
Gyn. et Obst., 1928, t. I, p. 52).
- Couvelaire.* — In Bull. Soc. Obst. et Gyn., 1928, p. 198.
- Cowles.* — Case of pregnancy following cesarean section in a
case of uterus double unrecognized (Ann. J. of obst.
and Gyn. Saint-Louis, 1922).
- Daffix.* — Utérus didelphe. Thèse de Toulouse, 1898.
- Dambrin et Bernardbeig.* — Utérus didelphe : fibrome d'un côté,
grossesse de l'autre (Gyn. et Obst., 1924).
- Daspres.* — Utérus et vagin doubles. Grossesse et accouchement
normaux (in Association française de chirurgie, 1910,
p. 430).
- Delas.* — Utérus double dans ses rapports avec la puerpéralité.
Thèse de Bordeaux, 1926.
- Dodoz.* — Thèse de Bordeaux, 1920.
- Dubreuil Chambardel.* — De la duplicité du canal génital chez
la femme. Paris, 1906.

- Dunning.* — J. of Amer. Medic. assoc., 1890.
- Esquerdo.* — Revista espanola de medicina y chirurgia de Barcelona, 1919.
- Fabre.* — Traité d'obstétrique.
- Faure et Siredey.* — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- Favreau.* — Utérus et vagin doubles (Bull. Soc. Med. chir. de Bordeaux, 1927).
- Fournier.* — Dystocie par corne non gravide dans un utérus didelphe (Bull. Soc. obst. et gyn., 1928, p. 768).
- Fulgeanu.* — Presse Médicale, sep. 1922.
- Gouilloud.* — Traitement des malformations utérines (Ann. de Gyn. et d'Obst., 1912).
- Gross, Fruhin, Sholz.* — Un cas de grossesse normale après hémihystérectomie pour hématométrie dans un utérus double (Ann. de gyn. et d'obst., 1913).
- Guérin, Valmale.* — De l'évolution de la puerpéralité dans l'utérus didelphe (in l'Obstétrique, 1904).
- Guilleminet et Michon.* — Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles (Gyn. et Obst., 1924).
- Halban.* — Centralb. für Gynakologie, 1901, n° 1.
- Hennedy.* — Grossesse et utérus didelphe (Am. J. of Obst., 1919).
- Herbelin.* — Etude des utérus didelphes. Thèse de Paris, 1924.
- Hergott.* — Recherches sur les formes d'utérus double. Thèse de Strasbourg, 1839.
- Hermann.* — Erreur de diagnostic dans les cas de malformation doubles de l'utérus (in Monatschrift f. Geb. und Gyn., mars 1927).
- Heuze.* — Malformations utérines (Presse Médicale, janv. 1914).
- Hue.* — Sur l'utérus didelphe (Normandie Méd., 1924).
- Humpstone.* — Gestation développée dans une corne rudimentaire de l'utérus (Surg. Gyn. Obst., 1920).

- Imbert.* — Développement de l'utérus et du vagin. Thèse d'agrégation, 1883.
- Joussim.* — Malformations génitales chez la femme. Thèse de Lyon, 1923.
- Jung.* — In Soc. Obs. et Gyn. Paris, 1927.
- Kerr.* — Chirurgie de l'utérus bicorné (Gyn. et Obst., 1921).
- Kickam.* — Grossesse et utérus didelphe (Surg. Gyn. Obst., 1922).
- Kresg.* — Recherches sur les cas d'utérus double. Thèse de Paris, 1842.
- Kussmaul.* — Von dem Mangel der Verkummerung und der Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg, 1890.
- Kuster (H.).* — Uterus bipartibus solidus rudimentaris cum vagino solida (Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd., LXVIII).
- Lascanso.* — Revista Argentina de obstetrica y Ginecologia Buenos-Ayres, janv. 1921.
- Lauwers et Dael.* — Grossesse dans un utérus didelphe (Presse médicale, 1912).
- Le Fort.* — Les Vices de conformation de l'utérus et du vagin Thèse d'agrégation. Paris, 1863.
- Legay.* — Développement de l'utérus jusqu'à la naissance. Thèse de Lille, 1884.
- Leriche.* — In Lyon chirurgical, 1912.
- Lorenz.* — Grossesse dans un cas d'utérus didelphe (Centralb. für Gyn., 1899).
- Magenc.* — Uterus didelphes. Thèse de Toulouse, 1922.
- Manilaire.* — Utérus fibromateux pseudo-didelphe (Soc. anatomique, 1922).
- Mandel.* — Grossesse dans un utérus double (Am. J. of obst. gyn., 1923).
- Mantel.* — Grossesse dans un utérus double (Ann. de gyn., 1907).

- Manolesco.* — Malformations utéro-vaginales. Thèse de Paris, 1897.
- Mériel.* — In Ann. de gyn. et d'obst., août 1910.
- Metzger (Marcel).* — In l'Accoucheur Moderne (Précis d'obstétrique. Librairie Alcan, 1928).
- Michon.* — Sur 3 observations d'utérus double (Soc. de chir. de Lyon, nov. 1928).
- Miller.* — Aspect clinique des utérus didelphes (Am. J. of obst. Gyn., 1922).
- Moench.* — Utérus double bicol, vagin simple et superfoetation (Am. J. of obst. and gyn., janv. 1927).
- Mornard-Panis.* — Un cas d'utérus double (Soc. anat., 1923).
- Morestin.* — In bull. de la Soc. de chirurgie, 1910.
- Muller.* — Bildungsgeschichte der Genitalien. Dusseldorf, 1830.
- Newton.* — In Ann. of surgery, janv. 1924.
- Ombredanne et Martin.* — Les Utérus doubles (in revue de gyn. et de chir. abd. Paris, 1903).
- Pamboukis.* — Malformations des organes génitaux de la femme, 1920.
- Patel.* — Utérus double (Lyon chirurgical, 1924).
- Pauchet.* — Gaz. des Hôpitaux, 1902 et 1903.
- Pavret de la Rochefordière.* — Considérations sur 2 cas d'utérus bicorne. Thèse de Paris, 1894.
- Pfannenstiel.* — In Centralb. für Gyn., 1895.
- Picot.* — Malformations de l'utérus au point de vue obstétrical. Thèse de Paris, 1891.
- Piquand.* — Les Utérus doubles. Anatomie et développement (in Revue de gyn., 1910).
- Potocki.* — Utérus double et rétention fœtale (Soc. obst. et gyn., 1921).
- Dystocie par corne non fléchie dans un utérus didelphe. Césarienne (Gyn. et obst., 1920).

- Pouteau.* — Les utérus bicornes et leurs complications. Thèse de Paris, 1925.
- Pozzi.* — Traité de gyn. Paris, 1905.
- Pruvost.* — Congrès de la Soc. obst. de France, 1897.
- Quenu-Le-Sourd.* — In Revue de chir., 1906.
- Reynes.* — In Bull. Soc. obst. Paris, 1902.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage.* — Traité d'obstétrique.
- Riche.* — Utérus didelphe avec vagin unique (Bull. Soc. obst. et gyn., 1926).
- Rochard et Stern.* — In Bull. Soc. chir., 1910.
- Rocher.* — Recherches sur la duplicité de l'utérus et du vagin. Thèse de Lyon, 1880.
- Rochet et Jamin.* — Utérus doubles (Soc. chir. Lyon, nov. 1928).
- Rockey.* — Les utérus didelphes (Ann. of Surg., 1916).
- Rokitansky.* — Lehrbuch der path. Anat., 1859.
- Stern.* — Etude chirurgicale des utérus doubles sans Hématométrie. Thèse de Paris, 1910.
- Streibel.* — Un cas d'utérus double (Centralb. für Gyn., 1924).
- Sttoemaker.* — Grossesse et utérus didelphe (J. Amer. M. Ass., 1923).
- Tarnier et Budin.* — Traité des Accouchements.
- Thibaud.* — Des malformations utérines au point de vue clinique. Thèse de Paris, 1891.
- Tourneux.* — Précis d'embryologie. Paris, 1921.
- Trajan Mihailenco.* — Sur 6 cas personnels de malformations utérines (Gyn. et obst., 1927, p. 205).
- Veit.* — Handbuch der Gynakologie, 1920.
- Wallich.* — Eléments d'obstétrique.
- Wiar-Sureau.* — Utérus doubles (Gyn. et obst., 1925).
- Winkels.* — Handbuch der Geburtshülfer, 1904.
- Yeutmann Wardlow et Smith.* — In Surgery Gyn. et obst., 1922.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Historique	11
Vue d'ensemble sur les Malformations utérines	17
Anatomie	21
Physiologie	24
Diagnostic :	
Diagnostic positif	28
Diagnostic différentiel	36
Observations	43
Conclusions	87
Bibliographie	89

